UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

MÔNICA BARBOSA SANTOS
RAQUEL ANDRADE SANTOS

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM TEMPOS DE DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

São Cristóvão - SE
2022

MÔNICA BARBOSA SANTOS
RAQUEL ANDRADE SANTOS

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM TEMPOS DE DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado à Universidade Federal de Sergipe no Curso de Serviço Social, como requisito parcial para a obtenção de Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.ª Dra. Rosangela Marques dos Santos

São Cristóvão - SE
2022

MÔNICA BARBOSA SANTOS
RAQUEL ANDRADE SANTOS

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM TEMPOS DE DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado à Universidade Federal de Sergipe no Curso de Serviço Social, como requisito parcial para a obtenção de Grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 17 de Novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª Drª Rosangela Marques dos Santos

DSS - Orientadora

_____

Profª Drª Vera Núbia Santos

DSS - Examinadora 1

_____

Profª Drª Maria Cecília Tavares Leite

DSS - Examinadora 2

São Cristóvão - SE

2022

AGRADECIMENTOS

Chegamos ao fim de uma das etapas mais importantes e desafiadoras da gradução e de nossas vidas, o Trabalho de Conclusão de Curso. Estamos a poucos passos da realização de um sonho .

Agradecemos a Deus primeiramente pelo dom da vida e por nos permitir chegar até aqui. As nossas familias e amigos pela dedicação e pela paciência e compreensão por todas as vezes que não estivemos tão presentes. Aos amigos de curso e parceiros de jornada, com vocês o caminho tornou-se mais leve e feliz.

Agradecemos aos professores que sempre estiveram dispostos a contribuir e ajudar no nosso longo processo de aprendizado, levaremos cada um na nossa memória. Nossa eterna gratidão a professora orientadora Rosangela Marques, por nos conduzir nesse arduo caminho com maestria, nos ensinando, orientando e compatilhando a vida e experiências. Estará sempre em nosso coração.

Mônica Barbosa

Raquel andrade

“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas. É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade...” – Nise da Silveira.

RESUMO

A pesquisa teve por objetivo geral conhecer a atuação do assistente social na saúde mental, no contexto de desmonte das políticas públicas. Estudo de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa se constituiu de uma pesquisa bibliográfica e documental. Para a coleta de dados utilizou-se de livros, revistas, artigos, publicações, trabalhos acadêmicos, leis e portarias. Também recorreu-se as publicações on line por meio de sites referenciados: Google Acadêmico, SciELO, Periódicos CAPES, Serviço Social & Sociedade, com combinações das palavras-chaves: desmonte da política de saúde mental; atuação do assistente social; contrarreforma do Estado e saúde mental. Os resultados apontaram que desde 2016 assiste-se a um processo acelerado do desmonte das políticas públicas da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com o desfinanciamento da política de saúde mental, o desrespeito aos encaminhamentos das Conferências, o investimento da verba pública em comunidades terapêuticas, entre outras medidas impostas pelo governo central. Desse modo, a atuação do/a assistente social no contexto de desmonte da política de saúde mental entrenta a defesa do retorno ao modelo manicomial, a precarização da rede de atenção psicossocial e o desfinanciamento. Por fim, cabe a sociedade em geral e a categoria dos/as assistentes sociais de forma particular, a tarefa de fortalecer os canais de participação popular, a exemplo dos conselhos e conferências, no sentido de fazer frente aos retrocessos no campo da saúde mental.

Palavras-chave: Atuação do assistente social. Desmonte da Política de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Contrarreforma do Estado.

ABSTRACT

The general objective of the research was to know the role of the social worker in mental health, in the context of dismantling public policies. An exploratory-descriptive study with a qualitative approach consisted of a bibliographic and documentary research. For data collection, books, magazines, articles, publications, academic works, laws and ordinances were used. Online publications were also used through referenced sites: Google Scholar, SciELO, CAPES Periodicals, Social Service & Society, with combinations of the keywords: dismantling of mental health policy; performance of the social worker; State counter-reform and mental health. The results showed that since 2016 there has been an accelerated process of dismantling public policies for the Psychiatric Reform in Brazil, with the underfunding of the mental health policy, the disrespect for the referrals of the Conferences, the investment of public funds in therapeutic communities, among others. Other measures imposed by the central government. Thus, the role of the social worker in the context of dismantling the mental health policy comes up against the defense of a return to the asylum model, the precariousness of the psychosocial care network and underfunding. Finally, it is up to society in general and the category of social workers in particular, the task of strengthening the channels of popular participation, such as councils and conferences, in order to face setbacks in the field of mental health.

Keywords: Role of the social worker. Dismantling of the Mental Health Policy. Psychiatric Reform. State counter-reform.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **9**
1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A SAÚDE MENTAL NO BRASIL **16**
2 O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO **27**
3 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL **40**
CONSIDERAÇÕES FINAIS **55**
REFERÊNCIAS **57**

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a sociedade tem vivenciado transformações em seu processo de atenção e cuidado a saúde mental. O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, propôs a superação da lógica manicomial objetivando um atendimento humanitário para as pessoas com transtornos mentais. A defesa é pela não culpabilização do sujeito e o respeito a sua singularidade, ou seja, o foco é direcionado para o ganho de autonomia, não apenas o tratamento da "loucura" vista como doença.

Atualmente, o Brasil vivencia o desmonte das políticas públicas sociais, em especial da saúde mental, as quais conquistadas por meio de incansáveis lutas pelos movimentos sociais, como o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental[1] (MTSM), fundado em 1979, pelas associações de familiares, sindicalistas e o Movimento da Reforma Sanitária[2] que tiveram papel fundamental na conquista da reforma psiquiátrica no Brasil. Uma luta por tratamento de qualidade para pessoas com transtorno mental, com a reivindicação da extinção dos manicômios e defesa que o paciente deveria estar em convívio com a sociedade e seus familiares.

> A reforma psiquiátrica iniciada no Brasil em 1978 com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – que passaram a denunciar os abusos, os maus-tratos e todas as irregularidades ocorridas nas grandes instituições asilares que excluíam o portador de transtorno mental do seu convívio social – deu outro rumo a essa história. Iniciou-se a partir daí um grande movimento de luta por uma transformação na forma de tratar a loucura, ou seja, de cuidar dessas pessoas com o propósito de lhes garantir maior inserção no meio social. (LEME, 2013, p. 21).

A desinstitucionalização psiquiátrica manicomial começou a ter impulso com a experiência vivida na Itália nos hospitais psiquiátricos de Trieste e Gorizia mediante as práticas inspiradoras do psiquiatra Franco Basaglia, o qual a partir da década de

[1] Em 1979, **foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental** (MTSM) e em 1987, o **movimento** antimanicomial, dando continuidade à luta pela nova **psiquiatria**. O projeto de reforma psiquiátrica foi apresentado em 1989 pelo então deputado Paulo Delgado (MG). Após doze anos, o texto foi aprovado e sancionado com a criação da Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001.

[2] Teve início na década de 1970 no contexto da luta contra a ditadura militar. O movimento lutava pela democracia na política de saúde e por torná-la um direito universal garantido pelo Estado.

1960, com abordagens e terapias no tratamento de pessoas com transtornos mentais, defendia em sua perspectiva a inserção territorial e cultural do paciente na comunidade. Em sua terceira visita ao Brasil em junho de 1979, o psiquiatra italianao, ao relatar sobre o tratamento desumano a que eram submetidos os/as pacientes, declarou que o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena era pior que um campo de concentração. (SOCIEDADE MINEIRA DE PSICOLOGIA, 1982 *apud* OLIVEIRA, 2011).

Com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os movimentos sociais expandiram suas ações por uma sociedade sem manicômios, e por meio dos resultados exitosos, com os tratamentos psicossociais realizados em bases comunitárias, obteve-se à aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica. (Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001).

Desse modo, a citada Lei estabeleceu diretrizes de saúde mental, ao propor serviços baseados na liberdade como método fundamental ao tratamento de pacientes com psicopatologias. A lei designa que a atenção e o cuidado à pessoa com transtorno mental devem ser baseados em, tratamento de humanidade e respeito no qual visa alcançar a inserção no contexto familiar, no trabalho e na sociedade. Nesse sentido, os poderes executivos deverão investir em processos de desinstitucionalização de pessoas internadas, com vistas a garantir o convívio em sociedade.

Os movimentos iniciais para o desmonte das políticas de saúde mental ocorreu durante o governo de Michel Temer[3], então presidente do Brasil no ano de 2016 e se amplia no mandato do atual presidente Jair Bolsonaro[4], com os cortes das verbas destinadas à saúde e a projetos de base comunitária que foram paralisados sem discussão com a sociedade civil e/ou os órgãos de controle social.

Com essas paralisações dos projetos, o corte de verbas para as políticas de saúde mental e a ausência de transparência e monitoramento, têm-se o retorno de comunidades terapêuticas privadas. A esse respeito, Avelar (2017) assinala que a Portaria nº 1.482 de 2016, fixa o cadastramento de pólos de prevenção de doenças, agravos e promoção de saúde em comunidades terapêuticas, como agravante,

[3] O governo Michel Temer teve início em 12 de maio de 2016, de maneira ilegítima, após o golpe parlamentar sofrido pela então Presidente Dilma Rousseff.

[4] A gestão presidencial de Jair Bolsonaro é marcada pelo conservadorismo, negacionismo, fake news, e retrocessos.

esses locais passam a receber recursos públicos para o tratamento de pessoas com dependência química. Cabe resslatar que algumas dessas comunidades, já denunciadas, apresentam ilegalidades em suas documentações, além de condições sanitárias degradantes, ausência de infraestrutura e equipe técnica, práticas de tortura, medicalização excessiva, trabalho forçado e crimes de cárcere privado, que remontam o passado de violações em hospícios e manicômios judiciários, visando apenas os interesses finaceiros, o que podemos chamar de "financeirização da loucura"[5]

Diante desse retrocesso nas conquistas relacionadas às políticas públicas de saúde mental, apresenta-se o seguinte problema: como atua o assistente social no campo da saúde mental, no contexto de desmonte das políticas públicas?

Partindo desses pressupostos, a pesquisa teve como objetivo geral conhecer a atuação do assistente social na saúde mental, no contexto de desmonte das políticas públicas. E como objetivos específicos: a) Caracterizar os aspectos sócio-históricos da reforma psiquiátrica no Brasil; b) estudar sobre a atuação do Serviço Social brasileiro no campo da saúde mental; c) discutir sobre os rebatimentos do desmonte da política de saúde mental na atuação do assistente social.

Para atingirmos os objetivos esperados, utilizamos como questão norteadora a seguinte pergunta: Quais os desafios enfrentados por assistentes sociais que atuam no âmbito da saúde mental, no atual contexto de retirada de recursos da política de saúde mental e a ameaça de retorno do modelo psiquiátrico manicomial?

A motivação para o estudo do tema surgiu a partir da vivência acadêmica, durante a nossa formação no Curso de Serviço Social, ao estudarmos sobre a atuação do assistente social nas diversas áreas em que se insere, nas três dimensões da Seguridade Social – Saúde, Assistência Social e Previdência Social – tendo a "questão social" como objeto de trabalho, os assistentes sociais atuam nos diversos tipos de expressões da questão social, embora cada âmbito possua suas particularidades. E dentre as possibilidades, o trabalho na saúde, mais

[5] "O Governo está investindo e irá investir ainda mais em tratamento em instituições que não se preocupam com a recuperação do ser humano no uso e abuso de substâncias químicas. Essas instituições são carnificinas humanas em que o ser humano para eles são meros agregados valores econômicos onde quem paga mais tem mais direitos [...] O Estado brasileiro nas suas esferas de poder sendo Legislativo, Executivo e Judiciário, mostram-se omissos e coniventes com as práticas impostas aos residentes dessas Comunidades Terapêuticas, quando permitem que o próprio governo ajude com recursos financeiros sem que haja uma fiscalização eficiente para impedir que essas instituições cometam abusos em suas práticas." (AVELAR, 2017, n. p.).

especificamente na saúde mental, foi o que nos causou mais inquietações, mais curiosidades e interesse em aprofundar nossos conhecimentos.

Ademais, outro fator que nos deu o direcionamento na escolha do tema, foi um evento[6] organizado pelo Programa de Educação Tutorial – PET, que ocorreu no Restaurante Universitário (Resun), que contou com a participação de alguns Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Aracaju, onde houve apresentações de grupos de teatro, música e dança, formados por usuários assistidos pelo CAPS, além de depoimentos e relatos sobre a importância daquele equipamento em suas vidas, pois alguns deles já haviam estado em manicômios e atualmente podem estar no convívio familiar, e se sentir parte da sociedade. Saímos encantadas e decididas que iríamos estudar sobre a saúde mental.

As constantes reivindicações e lutas da classe trabalhadora e dos movimentos sociais garantiram direitos, os quais conquistados no seio das lutas da trajetória histórica da sociedade capitalista, assentada na acumulação e na exclusão. Direitos estes ameaçados constantemente pela ofensiva neoliberal, a qual ataca as políticas sociais públicas, inclusive a saúde mental, com as tentativas de revogações de legislações as quais põe em risco as conquistas por uma abordagem de "portas abertas" no âmbito da saúde mental, um retrocesso que coloca em risco mais uma vez a dignidade da pessoa humana usuária dos serviços.

A relevância do estudo desse tema para a academia e para sociedade é contribuir com a produção do conhecimento nessa área de atuação do Serviço Social e dar visibilidade ao trabalho desempenhado pelo assistente social nos CAPS, ao conhecer como o assistente social desenvolve o seu trabalho em torno da saúde mental na atual conjuntura, de retrocesso e retirada de direitos.

Diante do exposto, buscamos entender o contexto de contrarreforma[7] vivenciado no Brasil e o desmonte das políticas públicas, que põem em risco a

[6] Sarau da VI Semana Academica de Serviço Social – SEMASS. O evento ocorreu no dia 18 de novembro de 2019 e contou com a apresntação do Teatro "Vida em Cena", organizado pelos profissionais e usuários (as) do Caps Jael Patrício de Lima.

[7] Para fins desse estudo entende-se por contrarreforma um conjunto de "reformas" iniciadas no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, em virtude da culpabilização do Estado, pela crise econômica e social vivenciada no país naquele dado momento. Segundo Behring e Boschetti (2016) O termo reforma era utilizado por movimento de trabalhadores na luta por melhores salários e condições de trabalho, que as autoras denominam de "as reformas dos anos de ouro". Portanto, nomeamos de contrarreforma o conjunto de políticas "reformistas" neoliberais, que tem por objetivo a retirada dos direitos conquistados a partir da Constituição de 1988, com a estruturação de um Estado Mínimo transferindo para o mercado e a sociedade a responsabilização pelas políticas sociais.

garantia dos direitos sociais, fundamentalmente no que concerne à classe trabalhadora. Assim, a justificativa da escolha do tema relaciona-se à necessidade de entender como se deu esse processo e a importância do trabalho do/a assistente social no âmbito da saúde mental, diante das violações aos direitos sociais, os quais foram conquistados com luta e resistência.

Diante de tantas injustiças e tentativas de cortes de direitos já adquiridos, surgiu a motivação para ampliar nosso conhecimento, na busca de lutar junto à sociedade – quanto futuras profissionais – pela garantia dos direitos sociais dessa parcela da população que viveu segregada por tempo, e que nos dias atuais vê sua liberdade mais uma vez ameaçada.

A pesquisa é um processo de construção de conhecimento de uma determinada área que se utiliza de várias técnicas e procedimentos para a obtenção de dados. Minayo (2009, p.16) define pesquisa como “Atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade”. Na pesquisa científica, para a obtenção dos resultados desejados, são utilizados um conjunto de métodos e técnicas denominados de metodologia.

> A definição da metodologia requer dedicação e cuidado do pesquisador. Mais do que uma descrição formal dos métodos e técnicas a serem utilizados, indica as conexões e as leituras operacionais que o pesquisador fez do quadro teórico e do seu objeto de estudo. (DESLANDES, 2009, p.46)

No que tange a classificação, a pesquisa realizada pode ser classificada como de abordagem qualitativa, pois “ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não deve ou não deveria ser quantificado” (MINAYO, 2009, p.21), ou seja, estuda aspectos sociais, culturais, comportamentos humanos, através de coleta de dados e informações que visam entender determinados fenômenos.

Em relação aos objetivos, podemos classificá-la como pesquisa exploratória, “Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições” (GIL, 2002, p.41), na pesquisa exploratória, o pesquisador consegue se familiarizar com o seu objeto de pesquisa, realizar descobertas que lhe permitem obter compreensão mais completa sobre a temática.

Quanto aos procedimentos técnicos, utilizamos da pesquisa bibliográfica, que tem por objetivo o levantamento de dados, reunião de informações já publicadas

sobre a temática proposta, que servirá como base da pesquisa a ser desenvolvida. E da pesquisa documental que, ao contrário da pesquisa bibliográfica, são utilizados dados e informações que ainda não foram analisados cientificamente.

> Nem sempre fica clara a distinção entre a pesquisa bibliográfica e a documental, já que, a rigor, as fontes bibliográficas nada mais são do que documentos impressos para determinado público. Além do mais, boa parte das fontes usualmente consultadas nas pesquisas documentais, tais como jornais, boletins e folhetos, pode ser tratada como fontes bibliográficas. Nesse sentido, é possível até mesmo tratar a pesquisa bibliográfica como um tipo de pesquisa documental, que se vale especialmente de material impresso fundamentalmente para fins de leitura. (GIL, 2002, p.46)

Desse modo, inicialmente realizou-se uma pesquisa de bibliografia que nos aproximou do tema e problema de pesquisa delimitado, a fim de, compreender os processos de transformações históricas vivenciados na saúde mental no Brasil, com o objetivo de conhecer, identificar e caracterizar os marcos, desde a luta e a conquista da Reforma Psiquiátrica, até os desmontes vivenciados na atualidade, que põe em risco a rede de atenção psicossocial e mais especificamente os desafios enfrentados por assistentes sociais que atuam nessa política.

A busca de dados ocorreu a partir de fontes secundárias como livros, revistas, artigos, publicações, trabalhos acadêmicos, dentre outros que tratam sobre a temática aqui desenvolvida, priorizando autores, que utilizam em suas abordagens o materialismo histórico-dialético. Foi também realizado um estudo documental de leis e portarias que estão relacionadas à saúde mental.Também recorreu-se as publicações on line por meio de sites referenciados: Google Acadêmico, SciELO, Periódicos CAPES, Serviço Social & Sociedade, com combinações das palavras-chaves: desmonte da política de saúde mental; atuação do assistente social; contrarreforma do Estado e saúde mental.

O método utilizado para a análise e interpretação dos dados foi o materialismo histórico-dialético, o qual segundo Minayo (2009), desenvolvido por Marx, compreende todos os tipos de relações e mediações em que está inserido o seu objeto de estudo, seja nas correlações existentes na sociedade e/ou na subjetividade dos sujeitos, ou seja, a sua metodologia de investigação abrange a totalidade. Por conseguinte, o resultado consistiu num entendimento mais aprofundado sobre a sociedade capitalista e as implicações e transformações que ela traz à humanidade, por meio da relação entre o indivíduo e a sociedade.

> No marxismo, o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade. Por sua vez, a dialética refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação. (MINAYO, 2009, p. 107-108)

O termo material utilizado por Marx serve para designar a evolução da vida humana a partir do seu surgimento, a relação natureza/homem/sociedade, sua forma de subsistência, as condições materiais de existência, transformações e adaptações dos materiais de acordo com o desenvolvimento e aprimoramento das ferramentas materiais de produção. Para interpretar as estruturas sociais existentes, faz-se necessário a análise do princípio de totalidade da existência humana e das mudanças histórico-econômicas, para assim compreender as complexidades e as multiplicidades sociais.

Nesse sentido, entendemos que para pesquisar sobre o desmonte das políticas da saúde mental, o aludido método foi o mais indicado, pois, nos permitiu a compreensão da relação entre sociedade e a subjetividade do sujeito, “A dialética é a estratégia de apreensão e de compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade [...] de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos.” (MINAYO, 2014, p. 108). Desse modo, para o estudo dos processos sócio-históricos que culminaram com o desmonte da política de saúde mental, o aludido é o mais apropriado para apanhar o movimento das lutas que culminou com a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

No que concerne a estruturação do trabalho, a pesquisa está organizada e dividida em três capítulos. O primeiro apresenta um apanhado histórico sobre a saúde mental no Brasil. O segundo trata sobre a atuação do assistente social na saúde mental e o terceiro e último capítulo discute sobre a contrarreforma do Estado e o desmonte das políticas públicas, com ênfase na saúde mental. Por fim, apresentamos as considerações finais, a qual apresenta os resultados alçados na pesquisa e sinaliza sugestões para novos estudos.

1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Para discutir sobre o atual cenário da saúde mental no Brasil, faz-se necessário percorrer a história desde os primeiros modelos de “tratamento da loucura”, das lutas pelo fim da institucionalização e por tratamento humanitário, no esteio das transformações vivenciadas a partir da conquista da Reforma Psiquiátrica, até a presente conjuntura de retrocesso e retirada de direitos. A esse respeito, nesse primeiro capítulo, apresentamos os aspectos históricos que marcaram a história da saúde mental no Brasil.

No tempo do Brasil Império, as famílias ricas com a finalidade de evitar a vergonha alheia, retiravam do convívio social pessoas que apresentavam comportamento “anormal” ou determinado tipo de deficiência mental. Assim, consideradas um “perigo” para a sociedade, encaminhavam-se para tratamentos em asilos ou casas de misericórdias.[8]

As Casas de Misericórdia, que no primeiro momento acolhiam as pessoas que incomodavam a sociedade, como as prostitutas, os mendigos, loucos, leprosos não prestavam um tratamento humanizado, no entanto, apesar de administradas pela Igreja Católica, os usuários passavam fome e não tinham direito sequer aos cuidados básicos de higiene.

A partir no século XVII começa a ocorrer uma distinção entre as pessoas reconhecidas como “normais” das ”anormais”. A loucura era vista como um problema social e estava presente também na classe popular, tida como causadora de desordem, ociosidade e mendicância provocando transtorno para a burguesia. Dessa forma, os indivíduos recolhidos para as casas de misericórdias eram esquecidos nos porões, espancados, torturados e contidos em troncos.

[8] As Santas Casas de Misericórdia eram instituições mantidas pela Igreja Católica que atendiam e davam assistência para enfermos que não tinham dinheiro para tratamento de saúde, sendo a única opção para essas pessoas, além de acolher os expostos e abandonados pela sociedade, como os portadores de doenças mentais, por exemplo. Atualmente, as Santas Casas de Misericórdia continuam sendo entidades filantrópicas, porém são conveniadas com o SUS.

Em razão desse pensamento de inutilidade e anormalidade dessas pessoas, buscava-se retirar esses “doentes mentais” do convívio em sociedade, por meio de uma segregação compulsória, e submetê-los a um “tratamento moral”, que de acordo com Amarantes (2007), era utilizado o princípio do “isolamento do mundo exterior”, pois, segundo o pensamento pineliano[9], a causa para para tais alterações estavam no ambiente social e o isolamento seria a solução, optando-se por um tratamento onde lhes era retirada totalmente a liberdade. “O tratamento moral consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade.” (AMARANTES, 2007, p. 33).

Assim, entra em contexto os hospícios, que buscavam em seu tratamento o foco exclusivo na doença, não se importando com o indivíduo em sua totalidade, prestando assistência considerada de péssima qualidade, onde não se garantia nem o necessário para os cuidados físicos e psíquicos. Nesse sentido, o objetivo não era a busca por melhora desse paciente e sim “resolver um problema” mediante o “sumiço do louco”.

> [...] na antiguidade clássica, até a era cristã, a loucura era vista sob alguns enfoques: o de Homero com um enfoque mitológico-religioso; o de Eurípedes com a concepção passional ou psicológica; e o de Hipócrates e Galeno com o as disfunções somáticas (RAMMINGER, 2002). Na idade média iniciou-se a predominância da loucura como possessão diabólica feita por iniciativa própria ou a pedido de alguma bruxa. Havia duas

[9] Philippe Pinel nasceu na França em 1745. Com forte inclinação para a vida religiosa, aos 22 anos resolveu estudar medicina e entrou para a faculdade de Medicina de Montpellier. Localizada no sul da França, esta instituição era considerada um importante centro de debates e aprendizado na área médica, pois foi uma das primeiras universidades de Medicina da Europa, fundada em 1220. Pinel formou-se em 1773 aos 29 anos e logo depois tornou-se doutor pela Escola de Medicina de Toulouse. Por ser residente em Paris, frequentava os círculos de escritores, literatos, cientistas, ou seja, de personagens imbuídos pela filosofia iluminista. Phillipe Pinel foi o principal percussor do processo de mudança que possibilitou o surgimento do alienismo na sociedade moderna. Ele integrou a corrente que constituiu o saber psiquiátrico por meio da observação e análise sistemática dos fenômenos perceptíveis da doença. De acordo com vários especialistas, Pinel observou a influência da hereditariedade na evolução do distúrbio mental da mesma forma que apontou as causas morais como as mais prováveis para a alienação. Por todo o século XIX outros alienistas deram continuidade a tais conceitos a partir das observações feitas por Pinel. Apesar da ênfase dada à questão da hereditariedade ter variado, na segunda metade do século XIX passou a ser apontada como um fator-chave no desenvolvimento das perturbações mentais.Pinel considerava a alienação mental como qualquer outra doença orgânica, por concebê-la como um distúrbio das funções intelectuais (funções superiores do sistema nervoso) sem a constatação de inflamação ou lesão estrutural. Pinel defendia a cura da loucura por meio do chamado "tratamento moral"[1], que consistia em uma ampla pedagogia normalizadora com horários e rotina rigidamente estabelecidos, medicamentos receitados somente pelo médico e atividades de trabalho e lazer.(TEIXEIRA, 2019).

> possibilidades de possessão, sendo a primeira o alojamento do diabo no corpo da pessoa, e a segunda a obsessão, na qual o demônio altera percepções e emoções da pessoa. (FIGUEREDO; DELAVATI; TAVARES, 2014, p. 24)

Já de acordo com Foucault (1993) em “História da Loucura na Idade clássica", a loucura pode ser dividida em três grandes momentos no processo histórico, a saber: 1) período de liberdade e de verdade, que inclui os últimos séculos do período medieval e o século XVI; 2) o período da chamada “grande internação”, que abrange os séculos XVII e XVIII; 3) a época contemporânea, após a Revolução Francesa, quando cabe à Psiquiatria cuidar dos loucos nos asilos. Nesse sentido, Foucault analisa a loucura como uma doença a partir de um dado momento na história, a qual no decorrer do século XVII é tratada nos hospitais onde a loucura era escondida sendo condenada ao silêncio.

Em contrapartida ao pensamento de Foucault, Pessoti (1994, p. 34) assinala que os hospitais eram vistos como a representação do poder do Estado não se caracterizando por um estabelecimento médico no qual cuidaria dos pacientes, e sim uma estrutura semi jurídica que “decide, julga e executa”.

Nesse pensamento, podemos dizer que para Foucault (1993), o louco seria um objeto do saber de uma nova ciência que surgia. Já para Pessoti (1994), em sua obra “A loucura e as épocas”, o louco seria apenas o “figurante” de um embate científico.

Em 1852 no estado do Rio de Janeiro, inaugurou-se o primeiro[10] hospital psiquiátrico do Brasil e o segundo da América Latina, o Hospício Pedro II, com a finalidade de internar os loucos da corte e das províncias vizinhas. A referida instituição nascia vinculada à Casa de Misericórdia que já realizava esse atendimento, no qual utilizava-se de vários recursos para eliminar os sintomas das doenças - internação, as técnicas de hidroterapia, medicamentos em excesso, descargas elétricas e cirurgias, dentre outros - como o objetivo de “controlar” a doença.

[10] No século XIX, que o Brasil começou a passar por transformações no atendimento aos pacientes psiquiátricos com a implementação da psiquiatria científica. E o primeiro dos hospícios a passar por uma vistoria e que se enquadrou aos critérios da Europa foi o Dom Pedro II, que era administrado pela Santa Casa de Misericórdia.

Em 1903, foi fundado o Hospital Colônia de Barbacena, na cidade de Barbacena em Minas Gerais, com um propósito inicial de tratar os/as pacientes de uma forma diferenciada dos outros centros de tratamentos, com capacidade para 200 leitos, constituído de um Centro Hortigranjeiro além das oficinas, olaria e carpintaria. Nos primeiros trinta anos, o Hospital Colônia foi uma Instituição respeitável oferecendo atendimento humanitário a seus/suas pacientes apesar de dispor de métodos com eficiência limitada em termos de tratamento. Tendo em vista os bons resultados obtidos, o Hospital Colônia, passou a ser um ponto de convergência para todos os pacientes que as comunidades pretendiam curar ou isolar, ou seja, havia uma grande demanda de doentes mentais, sifilíticos, tuberculosos e marginalizados. Com este aumento de pacientes, o hospital passou por uma transformação radical, onde faltava comida, leitos, medicamentos e recursos financeiros, passando por graves problemas[11].

Barbacena ficou conhecido como “Cidade dos Loucos”, onde muitos morreram e seus cadáveres eram vendidos para faculdades de medicina do território brasileiro e os que não eram vendidos eram jogados em valas coletivas sem direito a caixões, nem flores, seus corpos eram depositados em um terreno que servia de cemitério ao lado do hospital, anos depois foi interditado, pois o solo já não estava dando conta de receber tantos corpos ocasionando um intenso odor. Devido aos maus tratos, a um tratamento degradante e desumano o hospital passa a atingir um índice alto de mortalidade.

No ano de 1912[12], foi sancionada a primeira lei sobre saúde mental, a Lei Federal de Assistência aos Alienados, que considerava a deficiência mental uma especialização médica autônoma aos psiquiatras . Com a sanção da lei surgiram outras especialidades médicas para o tratamento dos doentes, além da fundação de outras instituições como os manicômios que tinham como objetivo disciplinar e normalizar os comportamentos dos loucos como eram conhecidos nessa época.

[11] Como visto, as mudanças que impactaram no atendimento do aludido hospital ocorreram quando passou a receber pessoas provenientes de diversas localidades, as quais nem sempre possuíam algum tipo de transtorno. Em vários casos eram inseridas dentro do hospital de Barbacena por alguma divergência política, mulheres por maridos que queriam assumir as “amantes”, perda dos documentos, mulheres com gravidez indesejada, ou seja, tornou-se um depósito de pessoas que eram esquecidas à sua própria sorte. Os muros do hospital os separavam do convívio em sociedade os deixando sofrer diversas atrocidades como choques, tortura, fome, viviam em ambientes insalubres, dormiam em colchões de palhas o qual os mesmos pegavam para fazer de enchementos e qual ao dormirem eram mordidos pelas formigas e outros insetos.

[12] Durante a pesquisa não foi encontrada a numeração da Lei.

Tinha por propósito fazer uma "limpeza"[13] na sociedade, ou seja, de retirar do convívio as pessoas que eram vistas como "loucas" e/ou "inúteis".

No final do século XIX teve início o movimento higienista, após o surgimento de recorrentes surtos epidêmicos de doenças - como febre amarela, tuberculose, varíola. Médicos e sanitaristas acreditavam que o alto índice de contaminação e letalidade, se davam a um problema social, haja vista o êxodo rural[14] e crescimento urbano acelerado e desordenado ocasionado pela Revolução Industrial[15]. As moradias, assim como os locais de trabalho, eram insalubres e frequentemente coletivas, não havia saneamento básico, a higiene era precária, favorecendo assim, a disseminação dessas doenças, por conseguinte "O operário doente causava prejuízos à indústria, razão pela qual a saúde do trabalhador tornou-se motivo de preocupação por parte do empresariado" (MOREIRA, 2014, p. 1).

Com a intensa migração da zona rural para os grandes centros industriais, além do crescimento desordenado da zona urbana, também cresceu a mendicância, a desordem social, a marginalização da população, que por baixa qualificação não conseguiam o mínimo para provimento básico. Essas pessoas que não tinham utilidade para o capitalismo, eram retiradas da sociedade e jogadas e esquecidas nos manicômios.

Nesse contexto surgiu o discurso de promover a saúde do trabalhador, mas não da maneira que deveria ser - combatendo a pauperização, oferecendo condições dignas de trabalho e moradia - mas criando um conjunto de regras que funcionavam como uma forma de controle social. De acordo com Moreira (2014)

[13] Nesse sentido de limpeza, podemos destacar um exemplo atual, a Cracolândia, local onde vivem pessoas em situação se rua, a grande maioria usuários de drogas, dependentes químicos, e traficantes. Na Cracolândia, localizada em São Paulo, na Praça Princesa Isabel, foram realizadas ações para a retirada desses usuários, sendo determinado pelos órgãos responsáveis que seria necessário a presença da polícia como forma de garantir a evacuação do local, geralmente feita de forma compulsória e truculenta e tendo como finalidade promover a limpeza urbana. Porém, essa população migra para outras áreas da cidade, pois não existe um trabalho efetivo que proporcione a ressocialização dessas pessoas. Esse desafio na Cracolândia já dura aproximadamente três décadas, gerando assim um grande impasse para as áreas da saúde, assistência social e segurança pública que tentam encontrar várias estratégias para solucionar a situação.

[14] Êxodo rural é o termo utilizado para designar a migração do campo para a zona urbana. Ocorreu de forma intensa no período da industrialização, pois, com o avanço tecnológico e a chegada da mecanização no campo vários postos de trabalho foram perdidos, assim os trabalhadores migraram para a zona urbana em busca de trabalho nas indústrias.

[15] Período de grande desenvolvimento tecnológico que deu origem às grandes indústrias e estabeleceu novas relações de trabalho, promovendo o êxodo rural e a urbanização, consolidando o capitalismo. Teve início na Inglaterra e se estendeu por todo o mundo. A Revolução Industrial foi propulsora de grandes transformações nas relações sociais e econômicas.

houve grande mobilização de médicos, cientistas e estudiosos, por melhores condições de vida e trabalho para o operariado e para população em geral, com o desenvolvimento de vários estudos sobre as doenças ocupacionais, visto que, era um momento de grande desenvolvimento no campo das pesquisas científicas.

Para os higienistas, a questão da da saúde pública e coletiva, os surtos de doenças, estavam diretamente ligados à pobreza, falta de higiene e educação, ou seja, quanto mais pobres mais miseráveis, sem instrução, sem conhecimento, e sem moral. Entretanto, não havia o reconhecimento por parte das classes hegemônicas, que tal situação era resultado da exploração do trabalho e mão de obra dos trabalhadores. Desse modo:

> O higienismo desenvolve-se em meio às tensões dos jogos de interesses econômicos e produtivos, à dominação das classes hegemônicas e às diferenças culturais e de identidade dos vários segmentos sociais e dos seus modos característicos de apropriação da cultura e de sensibilidades, os quais refletem as maneiras de os homens compreenderem o mundo e de nele se posicionarem. (PENTEADO; SHON CHUN; SILVA; 2005. p. 11)

É nesse cenário de consolidação do capitalismo, crescimento econômico, e em contrapartida, do surgimento da “questão social” - em suas várias expressões, tendo como fenómeno mais agudo o pauperismo - que surge a culpabilização dos pobres, dos trabalhadores e das classes menos favorecidas, por todos os problemas relacionados à saúde, precariedade das condições de vida e sobrevivência, causando, além da propagação de doenças, a desordem urbana e social, assim, essas questões eram tidas como inerentes aos indivíduos e não estavam relacionadas à exploração a qual eram submetidos.

Sob essa análise, eram desenvolvidas ações e políticas públicas no sentido de “educar” a população, impondo regras de comportamento, de hábitos de higiene, dentre outros, normatizando o modo e estilo de vida que deveriam levar, ignorando totalmente a sua cultura, tradição, e não levando em consideração a subjetividade do sujeito. Desse modo,

> O discurso e a prática higienista servem como ‘disfarces’ para sustentar o preconceito, o distanciamento e o nojo que as elites passam a nutrir em relação aos segmentos populares, aos pobres e aos trabalhadores. E a todos aqueles que não se enquadravam ao que era considerado ‘normal’ (PENTEADO; SHON CHUN; SILVA, 2005, p. 12).

Esse período foi marcado pela retirada dos trabalhadores dos grandes centros urbanos - as favelas, os cortiços e casas antigas, as moradias irregulares -

passaram a ser retiradas das principais áreas urbanas, obrigando a parcela pobre da população a se deslocar para as periferias, causando revolta na população. Podemos citar as ações desenvolvidas durante as quase três décadas da Cracolândia em São Paulo, como exemplo das práticas higienistas que perduram até os dias atuais.

Nesse contexto, e sob a ótica de que o desenvolvimento do país dependia não somente da saúde física e condições adequadas de higiene e moradia, surge a preocupação com a saúde e bem estar mental da população, tendo em vista que, uma população adoecida mentalmente, não traria contribuições para o desenvolvimento do país.

Assim, com o objetivo do melhoramento da assistência aos doentes mentais, em 1923 na cidade do Rio de Janeiro teve origem a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), tendo como fundador o psiquiatra Gustavo Riedel. Essa assistência estava voltada não para o tratamento real, e sim para o controle e adaptação ao que era considerado normal e moral para a sociedade naquele momento.

Em 1979, um grupo de psiquiatras e profissionais ligados aos cuidados com a saúde mental, começaram a lutar para reverter o modelo de saúde mental no Brasil. Esses profissionais organizaram o III Congresso Mineiro de Psiquiatria[16] e trouxeram Franco Basaglia, psiquiatra italiano, com uma postura marcadamente antimanicomial. O médico italiano fez uma visita ao Hospital e ficou “escandalizado” com o que encontrou, considerando o Hospício de Barbacena “Um Campo de Concentração Nazista”. Ainda em 1979, o jornalista Hiram Firmino começou a publicar no jornal Estado de Minas Gerais uma série de reportagens intitulada “Os Porões da Loucura”; e o cineasta Helvécio Ratton lançou “Em Nome da Razão”, um curta-metragem demonstrando a vida dentro do hospício.

Devido a essa movimentação dos repórteres e da equipe médica em mostrar os descasos e a crueldade que ocorriam dentro dos muros do hospital de Barbacena, a sociedade passa a se impactar com o que estava ocorrendo e as autoridades começam a traçar um plano de reconstrução para o hospital.

A partir desse ponto na história, foram construídos vários manicômios e asilos para prestar assistência aos “loucos”, sendo que, o tratamento era realizado de

[16] Ocorrido entre os dias 15 a 21 de novembro de 1979, na cidade de Belo Horizonte, na Associação Mineira de Psiquiatria, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria foi um marco para as transformações na política de saúde mental do Brasil.

forma totalmente isolada, com internações longas que eram realizadas de forma arbitrária, mantidos em verdadeiros cativeiros totalmente privados de sua liberdade, pois o foco do tratamento estava direcionado a doença objetivando-se eliminar a desordem psíquica.

Além do sofrimento no tratamento os/as usuários/as eram desrespeitados, não tinham direitos como indivíduos e eram submetidos a diversos tipos de violências e maus tratos.

> Foi no interior do manicômio, que surgiu a enfermagem brasileira. Sua origem não objetivou melhorar a assistência aos internos, mas vigiar, controlar e puni-los por seus atos. Não existiam trocas sociais entre trabalhadores de saúde e os internos, como comunicação, afetividade e acolhimento, os portadores de transtorno mental não recebiam tratamento digno, muitas vezes eram tratados com violência e, por não serem estimuladas, suas potencialidades eram reduzidas até se tornarem incapazes de regressar ao convívio social. (GUIMARÃES et al., 2013, p. 362)

No Brasil, no final da década de 1970 começam as mobilizações, que tiveram início com os trabalhadores da saúde mental contra os diversos tipos de violência e maus tratos que aconteciam dentro das instituições. Mas, somente a partir da adoção da psiquiatria positivista que o processo de tratamento começou a ser realizado por meio medicamentoso e terapêutico. De acordo com a matéria “A Convivência da Psiquiatria com a Psicoterapia”:

> Lidamos, portanto, com duas formas de verdade: para a Psiquiatria positivista, tal como em Direito, a verdade é aquilo que se mostra. A verdade sem provas não é verdade. Para o psicoterapeuta a verdade, se é que existe, é multifacetada e frequentemente oculta. Sabe-se a verdade mesmo que não se possa prová-la.(CAREZZATO, 2008, p. 1)

Para Amarante (1995, p. 493-494) o processo de desinstitucionalização “não significa apenas desospitalização, mas desconstrução". Isto é, a necessidade de superar um modelo arcaico focado no conceito de doença como falta e erro e centrado no tratamento da doença como uma entidade abstrata. Desinstitucionalização significa, portanto, tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida.

Um dos marcos das transformações da saúde mental brasileira, foi a publicação da Portaria n° 224 de 29 de janeiro de 1992 pelo Ministério da Saúde que estabelecia um conjunto de diretrizes e normas que regulamentavam o funcionamento de assistência psiquiátrica no Brasil.

> É nesse cenário que se propõe a criação de novos dispositivos de atenção no país com novas possibilidades de tratamento. Surgem as propostas de criação de CAPS, residências terapêuticas, hospitais-dia, hospitais noite, cooperativas de trabalho e renda, pensões protegidas, emergências em hospitais gerais – enfim, uma série de serviços que pudessem ser substitutivos da grande Instituição Total, do grande asilo. (LEME, 2013, p. 22)

Assim, é com a luta antimanicomial que se dá a desinstitucionalização dos manicômios e o tratamento voltado para o indivíduo e não para a doença. Em 2014, após várias reivindicações, começaram grandes eventos para discutir o tema, entre os quais identificam-se: o V Congresso de Psiquiatria, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Apesar do movimento direcionado para o combate aos maus tratos, violência e isolamento de pacientes com transtornos mentais, com a promulgação da Lei nº 10.216/2001 que redireciona a reforma psiquiátrica para preservar os direitos das pessoas, destaca-se que:

> Embora esta nova lei represente um avanço no campo da saúde mental, ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, o texto mantém a existência do hospital psiquiátrico. Entretanto, fica determinado que as internações ocorram somente quando os demais recursos se mostrarem insuficientes. No que diz respeito à regulamentação, as internações são classificadas em: voluntárias – acontecem com o consentimento da pessoa que vai ser internada –, involuntárias – ocorrem sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro –, e compulsórias – determinadas pela justiça. (CORRÊA, 2004, p.13)

Desse modo, com as transformações relacionadas ao cuidado das pessoas com transtorno mental surgiram as opções assistenciais, novos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), dando conformação a Reforma Psiquiátrica do Brasil, proporcionando atendimento psicológico, consultas médicas, Serviço Social, terapia ocupacional, dentre outros.

Os Caps foram criados para “organizar a rede municipal de atenção a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes” (BRASIL, 2007, p. 2), com o propósito de atender a comunidade, mediante atendimentos diários no espaço no qual os pacientes possam ter um convívio social e resgatar as potencialidades dos

recursos comunitários à sua volta, pois estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental.

Esse processo de transformação psiquiátrica brasileira está marcado com as mudanças que ocorreram nos asilos, devido a crise no modelo de assistência que era executado pelas clínicas psiquiátricas e principalmente pela luta dos trabalhadores dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Cabe resslatar que foi a partir do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) realizado no município de Bauru/SP e intitulado “Por uma Sociedade sem Manicômios" além da intervenção do hospital psiquiátrico conhecido como Casa de Saúde José de Anchieta, local onde acontecia maus tratos e mortes, que posteriormente ocorreu a extinção gradativa desse tipo de atendimento, criando-se uma nova rede de instituições com o objetivo de prestar atenção e cuidado integral as pessoas com transtorno mental.

Em 1989, o Congresso Nacional, recebeu o projeto de Lei Federal nº 10.216[17] do deputado Paulo Delgado fortalecendo o movimento da reforma psiquiátrica tanto no campo normativo como legislativo. Em 1992 as primeiras ações inspiradas na citada lei deu início ao processo de substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atendimento psicossocial.

Portanto, somente após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional foi sancionada, a lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216), expressa o redirecionamento do modelo de assistência psiquiátrica, onde regulamenta o cuidado especial com o paciente internado por longos anos, assim prevê a possibilidade de punição para a internação voluntária arbitrária ou desnecessária. A referida lei privilegia a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas, no entanto, não institui mecanismos claros para a extinção dos manicômios (BRASIL, 2001)

Dessa forma, o trajeto que o movimento da reforma psiquiátrica fez é compreendido através de marcos essenciais, tanto no modelo psiquiátrico clássico quanto nas principais correntes. A importância conferida à terapêutica das enfermidades dá lugar à promoção da saúde mental conferida para a população em geral. Mudanças institucionais na organização e oferecimento de serviços

[17] Lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

especializados originam novas formas de condutas terapêuticas para o tratamento de pessoas com transtornos mentais.

Atualmente, as pessoas já reconhecem o surgimento de patologias devido a outros fatores que não estão relacionados com algo durante a gestação ou fatores hereditários, e sim a acontecimentos do seu convívio como o uso de drogas, álcool, estresse vinculado ao trabalho, os quais poderão ocasionar determinados distúrbios neurológicos. A depressão e o uso de drogas são os transtornos de maior incidência na sociedade, como também, os problemas ocasionados por vírus, a exemplo de contexto pandêmico, como vem ocorrendo na atualidade com a COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2.

Em 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25%, de acordo com um resumo científico divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022). O quadro depressivo das pessoas aumentaram, devido ao isolamento imposto durante a pandemia, no qual as pessoas tiveram que se manter afastadas do convívio em sociedade, gerando assim quadros de ansiedade e pânico. Também podemos citar a questão financeira em que o desemprego, levou a um maior número de famílias a apresentar um quadro de extrema pobreza. Nesse contexto, várias pessoas passaram a se refugiar nas drogas lícitas e ilícitas.

Portanto, tem-se por um lado, a ausência de preparo por parte dos órgãos públicos que foram atravessados pelo negacionismo científico, o que afetou de forma significativa o encaminhamento de medidas para fazerr frente as questões de saúde, econômicas e sociais geradas pela pandemia, por outro, o desfinanciamento do conjunto das políticas públicas, de forma particular da saúde mental, o que impacta no atendimento integral das pessoas com transtorno mental.

2 O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO

Neste capítulo, apresenta-se o debate a respeito do desmonte da política de saúde mental no contexto de contarreforma do Estado, principalmente a partir do ano de 2016, quando se aceleram as mudanças que impactam de forma negativa a operacionallização das políticas sociais, notadamente com o agravante do desfinanciamento.

Para falar em contrarreforma do Estado, é importante pensar sobre o neoliberalismo – conjunto de idéias que pregam um modelo socioeconômico que retoma os ideais do liberalismo classico, que defende a não interferência do Estado na econômia, o "Estado minimo", a auto-regulação da econômia, privatização de estatais, o fim do bem estar social e o a busca por inteteresses individuais como gerador do bem estar coletivo - e as implicações e impactos que esse modelo socioeconômico traz para as politicas públicas, em especial na política de saúde mental.

> O liberalismo, alimentado pelas teses de David Ricado e sobretudo Adam Smith (2003), que formula a justificativa econômica, para aa necessária e incessante busca pelo interesse individual, introduz a tese que vai se cristalizar como o fio condutor da ação do Esatdo liberal: cada individuo agindo em seu próprio interesse econômico, quando atuando junto a uma coletividade de individuos, maximizaria o bem estar coletivo. É o funcionamento livre e ilimitado do mercado que asseguraria o bem estar. É a "mão invisivel" do mercado que regula as ações econômicas e sociais e produz o bem estar comum. (BEHRING, 2011, p. 59)

O neoliberalismo aparece como onipotente, como assim chamado primeiro e último – causa de uma série de desenvolvimentos contemporâneos. Uma espécie de ar político-econômico da época substituiria a análise minuciosa e precisa das relações de dominação, exploração e alienação. Assim, as modalidades de inscrição do fenômeno aparecem sem adjetivo, promiscuidade que se estende a uma infinidade de lugares, situações, práticas e processos. O efeito desse tipo de uso conceitual pode levar mais a uma reificação do neoliberalismo do que a estratégias políticas que o desafiem. O neoliberalismo aparece assim como a fonte de forças

invencíveis ou se funde com a realidade atual como um todo, com a impossibilidade de agir ou pensar fora tornando-se uma narrativa do inevitável. (ANDRADE, 2019).

Atualmente, os avanços pertinentes ao movimento da reforma psiquiátrica no Brasil vem passando por retrocessos na política de saúde mental. Desde o governo de Michel Temer, no ano de 2016, o governo federal começou a implantar novas políticas, as quais ficam evidentes um desmonte na saúde mental.

De acordo com Delgado (2019), o desmonte vem ocorrendo desde 2016, com medidas tomadas pelo governo Temer e continuadas no governo Bolsonaro (há uma continuidade evidente na área da saúde e de outras políticas sociais entre os dois governos, instaurados a partir de uma ruptura democrática). A primeira medida é a Emenda Constitucional (EC) 95, que já vem produzindo consequências de desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas intersetoriais (assistência social e educação, principalmente) com impactos imediatos no campo da saúde mental.

Entre os anos de 2016 e 2019 ocorreram as seguintes mudanças determinadas pelo governo federal em relação às politicas de saúde mental, conforme Delgado (2019, p.46) intitulado Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte:

> 1) modificou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra 'substitutivo' para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção); 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial.

Essas mudanças mostram um retrocesso com relação a lei nº 10.216/2001, pois de acordo com Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 6) no Art. 5º, que determina “Vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos

psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária". Aqui vemos uma contradição importante: o que parece ser uma afirmação direta de compromisso com um modelo assistencial de base comunitária, que seria reafirmado ao não se ampliar mais a "capacidade instalada" de leitos psiquiátricos, torna-se determinação ambígua, o conceito de "capacidade instalada" pode incluir boa parte dos leitos que vêm sendo desativados desde a lei 10.216 /2001 (BRASIL, 2001) – o que seria, de fato, o retorno do modelo manicomial.

No dia 4 de fevereiro de 2019 foi emitida a Nota Técnica 11/2019 que apresenta esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde e Diretrizes da Política Nacional Sobre Drogas. A nova PNSM inclui as Comunidades Terapêuticas e ainda os Hospitais Psiquiátricos na RAPS. De acordo com a Normativa, ao incluir a RAPS os hospitais serão modernizados dentro dos padrões vigentes. "Além disso, após nove anos, o valor pago pelas internações em Hospitais Psiquiátricos foi atualizado, medida que visa garantir atendimento adequado nas internações indicadas" (BRASIL, 2019, p. 6). Investimentos públicos em instituições privadas, práticas que reforçam a "financeirização da loucura".

O desmonte da PNSM é um retrocesso que coloca em risco as conquistas desde a aprovação da Lei nº 10.216, a luta pela desinstitucionalização e o fim da segregação e exclusão social a que era submetida a pessoa com transtorno mental . O atendimento ambulatorial passa a ser incentivado com a justificativa de que há demanda reprimida, a qual não se coaduna no atendimento da atenção básica, e que esses serviços não concorrem com os CAPS.

> O Ministério da Saúde não apoiará o fechamento de Ambulatórios, pois são serviços que não concorrem com os CAPS, na medida em que fornecem assistência a pacientes com necessidades distintas. Pelo contrário, o Ministério da Saúde passa a incentivar, inclusive financeiramente, a abertura e fortalecimento de tais Serviços, com o objetivo de dar conta da grande demanda reprimida para tratamento comunitário em Saúde Mental no país. (BRASIL. 2019, p.4)

Na análise das propostas observamos as contradições do que já havia sido conquistado com a Reforma Psiquiátrica no Brasil. E se observa o descaso com a história de luta dos profissionais, das conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas no Brasil em 1988, 1992, 2002, 2010, para dar origem a uma "nova" Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), em andamento, a qual não dialoga com

os profissionais da área, com os órgãos de atendimento psicossocial e não respeita o estudo e aparato dos referenciais da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Tal postura demonstra assim uma antítese do referencial ético da Reforma Psiquiátrica em seus 35 anos de história, mudança essa que não respeita a história e não se baseia nas fundamentações e argumentação teórica e científica.

Nesse cenário, é importante a socialização das informações e a defesa dos princípios da reforma psiquiátrica dos anos 1980, além da defesa e mobilização dos movimentos sociais .Nessa direção, utilizamos as palavras de Netto (2011) quando assinala que a generalização e universalização dos institutos cívicos, ainda no marco do ordenamento capitalista, é fundamental, mas necessita-se ampliar seu conteúdo.

No contexto da história da saúde, nos anos 1980, o processo de reforma sanitária e a construção do SUS são os assuntos mais estudados. A relevância deste evento para a proteção social da saúde pública brasileira, a identificação do processo de luta pelo retorno ao regime democrático, o fato de alguns de seus mais importantes arquitetos terem ocupado posições centrais em instituições acadêmicas de saúde coletiva e posições-chave no campo da política de saúde contribui para o entendimento do acúmulo produção sobre o tema. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

De acordo com Paim (2018) quando da comemoração dos vinte anos da Constituição da República Federativa do Brasil e da criação do SUS, teve-se uma oportunidade especial para refletir sobre os avanços, limites e perspectivas do “processo” da reforma sanitária brasileira

Nesse sentido, concebemos a Reforma Sanitária Brasileira como uma “reforma social que articula propostas de mudança, sob diferentes dimensões, um bloco de forças políticas no do quadro da saúde. Nessa perspectiva, podemos analisá-la a partir de momentos: ideia-proposta-projeto-movimento-processo. (PAIM, 2010).

Desta forma, as narrativas em torno da reforma sanitária brasileira geralmente situam a origem do movimento no contexto da segunda metade da década de 1970, período que coincide com a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde no ano de 1976; e, três anos depois, a criação da Associação de Pós-Graduação em Saúde Pública. No entanto, o processo de formação de atores e identificado com mudanças radicais no sistema de saúde também está ligado a um conjunto de

aspectos que vão desde o desenvolvimento de cursos de medicina preventiva até a 1950 ao reforço de uma visão contrária à autoritária que via em sua derrubada a única forma de construir um sistema de saúde eficiente e democrático. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No conjunto de questões que nortearam as análises nesse período, muitas ganharam sentido ou perderam sentido à medida que se aproximavam ou se afastavam das questões definidas pelo debate político mais amplo de uma determinada situação. Assim, no calor da reforma, as questões mais candentes diziam respeito à qualificação do movimento, de seus integrantes e de seus processos, ao que se trata de ruptura ou continuidade e a elaboração de uma teoria que lhe oferecia coerência. Posteriormente, após a implantação do sistema de saúde, as discussões giraram cada vez mais em torno dos meios de viabilizar o novo e sua avaliação. (FLEURY, 2009).

Como se vê, às perspectivas analíticas, contemporâneas às primeiras do processo de reforma sanitária, somam-se análises que requalificam o movimento de a distinção entre caráter de proposta e sua institucionalização. Assim, dão origem a uma compreensão do processo englobando o ímpeto transformador que deu vida à experiência e à política que marcou seus limites. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Assim, os principais pilares da reforma foram os movimentos na academia, ou seja, nos departamentos de medicina preventiva e nas escolas de saúde pública, nos programas de pós-graduação em saúde comunitária; o movimento estudantil; os movimentos médicos; projetos institucionais, como o Projeto Montes Claros (PMC)[18] e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)[19]; as instituições da sociedade civil, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)[20].

Conforme Mângia e Nicácio (2002, p. 1),

[18] O Projeto Montes Claros foi uma referência na área de atenção primária à saúde. As quatro principais ações implementadas eram algumas das marcas de ousadia dessa ideia. O Projeto Montes Claros possuía um caráter inovador no que diz respeito à saúde pública.

[19] O PIASS foi um programa de interiorização que levou uma rede de ações básica de saúde e saneamente para o nordeste brasileiro, aprovado através do Decreto n° 78.307 de 1976

[20] O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) é uma instituição civil sem fins lucrativos, de âmbito nacional, fundada em 24 de setembro de 1976 com a missão histórica de lutar pela democratização da sociedade e pela defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde.

> A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 11 a 15 dedezembro de 2001 em Brasília, constitui um marco no processo da reforma psiquiátrica. A definição do tema central - “Cuidar, sim. Excluir,não. Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social” - indicou sua articulação com as orientações da 11ª Conferência Nacional de Saúde e, também, com a insígnia proposta pela Organização Mundial da Saúde para o Dia Mundial da Saúde em 2001. O tema central foi debatido a partir do eixo temático ‘Reorientação do modeloassistencial’ e de quatro subtemas - recursos humanos (gestão com pessoas),financiamento, controle social e direitos, acessibilidade e cidadania – possibilitando o aprofundamento da reflexão sobre as diversas dimensões presentes no processo de reforma psiquiátrica e na implementação da política de saúde mental no contexto do SUS, nos níveis municipal, estadual e nacional, identificando os avanços, os impasses e as necessidades do momento.

No ano de 2001, convocada após uma série de mobilizações de associações e no campo da reforma e do movimento e precedida de um intenso processo de participação nas eleições municipais, regionais e estaduais, a III Conferência reuniu 1.700 participantes: dirigentes de sistemas públicos, prestadores de serviços privados, representantes de instituições de formação, organizações de trabalhadores e da área da saúde mental, organizações de direitos do movimento antimanicomial, movimentos populares, associações de familiares utentes de serviços de saúde mental, e também convidados internacionais e representantes da Organização Pan-Americana (OPAS) e Organização Munidial de Saúde (OMS). (BRASIL, 2002).

As Conferências têm desempenhado um papel fundamental no aprofundamento das orientações da reforma psiquiátrica, e sua realização proporciona o debate democrático necessário para a legitimação da construção de uma política de saúde comprometida com à defesa dos direitos humanos e ao rompimento das formas de atendimento psiquiátrico tradicional, que no Brasil resultou no modelo manicomial ineficaz. (MÂNGIA; NICÁCIO, 2002).

A realização da III Conferência reafirmou o espaço insubstituível das conferências como um lugar democrático de debate, análise e formulação de políticas públicas com a participação da sociedade civil organizada e com uma dimensão social. Podemos dizer também que esta Conferência constituiu um fórum privilegiado para a avaliação da reforma psiquiátrica, compreendendo um processo social complexo e multidimensional, e demonstrou a vitalidade e a riqueza singular de um caminho que busca construir uma política, a partir da afirmação de direitos, do reconhecimento da diversidade de saberes e, em especial, da validação de pessoas que vivenciaram o sofrimento e suas famílias. (BRASIL, 2001).

Apesar das importantes conquistas obtidas com a implementação do SUS e o processo progressivo de reforma psiquiátrica no Brasil, as políticas e serviços públicos de saúde e sociais vêm passando por processos de desmonte, com maior intensidade desde o final de 2016. O baixo nível de acompanhamento da sociedade civil e a transparência sobre a evolução das políticas de saúde mental no país são algumas das marcas que acenam o contexto das mudanças.

Cabe ressaltar que de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram publicadas cerca de quinze normas, entre as quais portarias, resoluções, decretos e edital, que formam o que Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS denominada de “Nova Política de Saúde Mental”. Essa “ nova política” caracteriza-se pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política de álcool e outras drogas, conhecida como “Política Nacional de Drogas”, com ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e uma abordagem proibicionista e punitiva dos problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. (CRUZ; GONÇALVES; DELEGADO, 2020).

Em 04 de fevereiro de 2019, com a publicação da Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, ocorreu significativo eco, com notas de repúdio e posições contrárias, inclusive veiculadas na mídia, acenando para a intenção de alterar o atual modelo de atenção ao apresentar-se como uma "nova política nacional de Saúde Mental". (BRASIL, 2019).

Podemos apreciar as evoluções da “nova” PNSM pela sua implementação. Em termos de conteúdo, representa a antítese do arcabouço e da técnica da reforma psiquiátrica brasileira, consolidada em seus 35 anos de existência. Questiona- se a sua implementação, sem qualquer debate de profissionais e investigadores na área da atenção psicossocial, ignorando as autoridades legais do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas e a nacional e internacional que apóia o modelo que defende a segregação de pessoas com transtorno mental , entendemos que a proposição do atual governo federal para a “nova” PNSM é imposta sem qualquer legitimidade política, social e respaldo legal. (BRASIL, 2010).

No campo dos direitos humanos, o Brasil adota, desde a década de 1980, paradigmas que emancipam as populações do lugar de objeto de intervenção para aquele de sujeito de direitos, incluindo crianças e adolescentes e pessoas que usam

drogas. Referente a saúde mental e a política de álcool e outras drogas, Assis, Silva e Torres (2017, p. 256) dizem que,

> O primeiro público é elevado ao grau de pessoa com discernimento e, por isso, com direitos garantidos no contorno denominado 'proteção integral', que supera a doutrina da situação irregular, pela qual a essa população reservavam-se apenas deveres disciplinares e correcionais, em contexto de direitos já violados. Já o segundo público entra em novo circuito de cuidados na medida em que, de um lado, é contemplado pela Lei nº 10.216/01, apelidada de 'lei da Reforma Psiquiátrica', que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais; de outro, pela Lei nº 11.343/06, conhecida como 'nova lei de drogas', cuja Política Nacional de Drogas, em parte homônima à de Saúde Mental, despenaliza o crime de uso de substâncias psicotrópicas (ou, conforme se alterna neste artigo, drogas), abolindo a pena privativa de liberdade.

A evolução histórica da política de direitos à saúde mental presentes para crianças e adolescentes, incluindo outras evidências, propõe a superação do paradigma tutelar de "lunáticoss drogados", desta forma, as crianças e adolescentes lutam pelo reconhecimento de titulares de direitos. Um dos pontos de clivagem nas ações direcionadas a esses públicos, partem da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas que reuném uma série de programas e ações que visam "reorientar o modelo de atenção psicossocial no sentido da lógica da produção de saúde e do reconhecimento da autonomia dos usuários dos serviços, no âmbito territorial-comunitário, preferencialmente, em meio extra-hospitalar." (ASSIS; SILVA, 2016, p. 170).

Desse modo, quando se trata do polêmico tema da redução de danos, sempre há opiniões divergentes, pois, também há condenação às estratégias de Reduçao de Danos. A RD pode ser entendida como práticas voltadas para a realização de direitos, escolha e responsabilidade humana, tornando o método mais flexível para contemplar a universalidade da população durante a sua vida. Tem por finalidade reduzir os riscos à saúde, sociais e econômicos, com foco nas pessoas que não querem ou não conseguem evitar o uso de substâncias psicoativas.

"A Reforma Sanitária, com a criação do SUS, permitiu visualizar o usuário de drogas como sujeito de direitos e usuário de saúde, ainda que mais não seja, especialmente a partir do princípio da universalidade – saúde é um direito para todos." (CONTE; MAYER; REVERBEL; SBRUZZI; MENEZES; ALVES; QUEIROZ; BRAGA, 2004).

Ao longo das últimas décadas, o processo de reforma psiquiátrica do Brasil tem sido considerado uma das políticas mais importantes do mundo para a saúde mental e inclusão das diferenças e o mais significativo movimento de defesa dos direitos humanos do país, com suas formas de tratar e cuidar da loucura com participação social dos sujeitos com transtornos mentais.

Conforme Sousa e Jorge (2019, p. 2),

> No dia 14 de dezembro de 2017, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS) reuniu-se e foi aprovada, sem nenhum tipo de discussão, a resolução n. 32 (Brasil, 2017), a qual introduziu, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os ambulatórios de saúde mental e os leitos em hospitais psiquiátricos (HPs). Frente a essas recentes modificações na Política Nacional de Saúde Mental, faz-se necessário discutir 'novamente' o HP como lugar de destaque e o que era, de certa forma, invisível torna-se, agora, parte da política. Vale ressaltar que, nos últimos 20 anos, o movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira tem, insistentemente, colocado para a sociedade a necessidade de se abolir o hospital psiquiátrico como local de acompanhamento das pessoas com transtornos mentais, por ser alicerçado em um modelo manicomial baseado na segregação e violação de direitos.

Nesse sentido, Amarante (2016), afirma que não há como negar o perigo dessas reformas políticas, especialmente com mudanças na coordenação nacional de saúde, na condução da política de saúde e atenção psicossocial no país, atualmente sob o comando dos partidos conservadores que governam o país.

No entanto, no campo da saúde mental, apesar dos avanços na vivência de novas experiências impulsionados pela psiquiatria, o cenário analisado permanece pautado em um modelo de atenção médico-centrado, no qual alternativas aos serviços psicossociais não foram capazes de fornecer apoio eficaz às pessoas com transtornos mentais na RAPS, a configuração de práticas que, paradoxalmente, potencializaram as internações psiquiátricas e a permanência do hospital psiquiátrico como cuidado em saúde mental. (SOUSA; JORGE; 2019). Com isso, as comunidades terapêuticas são apresentadas como um dos principais suportes para usuários drogas psicoativas.

O termo comunidade terapêutica surgiu na decadade 1940, na Inglaterra, para mostrar um novo tipo de tratamento no campo da saúde mental, ofertado pelo médico Maxuell Jones no tratamento de pessoas com disturbio de personalidade. Esse tipo de instituição terapêutica começou a surgir na década de 1970. Sua expansão ocorreu principalmente ao longo dos anos em 1990 e tem como possíveis

explicações o aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como o vácuo deixado pelo Estado em termos de tratamento de usuários de drogas. (DOUDEMENT; CONCEIÇÃO, 2018).

> Além de estarem espalhadas por todo o território nacional, apresentando uma capilaridade pouco encontrada em outras instituições que compartilham os mesmos objetivos, as CTs conseguiram, e conseguem cada vez mais, estabelecer um nível de contato com o poder público bastante considerável. (DOUDEMENT; CONCEIÇÃO, 2018, p. 167).

Acredita-se que por meio de interfaces e de acordo com as diretrizes, as quais permeiam os diversos níveis de atenção a pessoas com transtorno mental, é possível construir ações baseadas na humanização e cuidado em diferentes espaços. Nessa perspectiva, é preciso considerar que, contemplando a singularidade e a multidimensionalidade que permeiam a desospitalização, é imprescindível construir o processo de transição do cuidado de forma dialógica e humanizada, nas necessidades e escolhas possíveis do usuário e família. A condução desse processo exige, portanto, um projeto de formação contínua da equipe envolvida, a fim de repensar a prática fragmentada e hierarquizada que tem norteado a cultura hospitalocêntrica ao longo dos anos.(BRASIL, 2020).

Constantemente surgem desafios essenciais para a Atenção Primária à Saúde (APS), como a ampliação gradual da sua cobertura populacional e a integração na rede de atenção, vinculada ao aumento de sua determinação e capacidade de compartilhar e coordenar os cuidados. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)[21], como órgão vinculado à equipe de Saúde da Família (SF), deve desenvolver ações que visem auxiliar e aumentar a eficiência da coordenação integrada do cuidado na APS. Assim, o acompanhamento e a partilha de responsabilidades estão no cerne da missão do Nasf. (BRASIL, 2010).

No que se refere a saúde mental:

> As ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais do Nasf devem ter como objetivo o aumento das possibilidades de intervenção e de resolutividade das equipes de SF em relação aos problemas de saúde mental do seu território, propiciando a ampliação da clínica em relação às questões subjetivas e à abordagem psicossocial. (BRASIL, 2010, p. 42)

[21] Tendo por objetivo apioar a consolidação da Atenção Básica de saúde, o NASF foi criado e 2008 pelo Ministério da Saúde. O NASF é formado por equipes multidisciplinares quem atuam junto as equipes de Saúde da Família. o NASF foi criado e 2008 pelo Ministério da Saúde.

Além disso, é importante que haja uma articulação do trabalho em rede, com outras instituiçoes de serviços especializados em saúde mental, afim de construir açãoes que contribuam para o processo estratégico da desinstitucionalização. Vale destacar que o trabalho integrado entre os serviços NASF, CAPS e SF, são necessários para a construção coletiva de estratégias, através de discussões de casos, espaço de trocas de saberes, elaboração de projetos interventivos e ações conjuntas entre as equipes. (BRASIL, 2010)

No entanto, a Nota Ténica nº 3/2020 do Ministério da Saúde extinguiu a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares vincularem-se ao modelo NASF e atenção prímária, deixando a cargo dos gestores municipais essa conduta, desse modo, tem-se a desestruturação da atenção primária e ovanço na fragmentação do atendimento.

A implantação do SUS e sua expansão nacional ampliou o escopo de trabalho para assistentes sociais e outros profissionais da área. De forma simultânea e contraditória com o processo aprofundou-se a precariedade das condições em que este trabalho é desenvolvido, considerando a condição de assalariado do assistente social subordinado a processos de alienação, restrição da sua técnica e a intensificação do trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores. (RAICHELIS, 2010).

> O processo de contrarreformas, instituído desde 1990, vem ganhando ainda mais fôlego no cenário atual, acarretando impactos nefastos à Seguridade Social. Vivenciamos o desmonte dos direitos sociais, subsidiado por um aparato ideológico que mascara as intencionalidades e interesses da classe dominante que, por sua vez, justificam os cortes público ou 'contingenciamento' na palavra do executivo federal, como necessário à saúde fiscal do país, em desfavor mais uma vez da classe trabalhadora. Nesse ínterim, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido questionado e acirram-se emendas constitucionais de incentivo ao desfinanciamento e precarizaçãodas políticas sociais e dos serviços de saúde. (CALDAS;.; SILVA; SOARES, 2019, p. 1).

A descentralização da intervenção estatal na execução do social e a expansão do terceiro setor, privatizações, entre outros , impactam negativamente a profissão na medida em que o caráter imediatismo das políticas proposta pela lógica capitalista requer uma intervenção direcionada e imediata dos profissionais às necessidades sociais apresentadas pela população usuária. Além disso, o conjunto de mudanças provocadas pela contrarreforma do Estado, associada à reestruturação produtiva, tem envolvido a precarização das relações de trabalho

desses profissionais no interior das relaçãoes estatal, caracterizada pela redução de mercados, demissão de funcionários temporários, moderação salarial, corrida para a aposentadoria, ausência de incentivos de carreira, remanejamento acompanhado de contratação temporária, com perda de direitos. (SILVA, 2018).

Assim, identifica-se o protagonismo do trabalhador/a na implementação da política de saúde mental, característica constante na historicidade dessa jornada desde os primórdios da Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970. Além disso, nota-se o avanço do conservadorismo estabelecido no desmonte das políticas públicas que se intensificam após o enfraquecimento/flexibilização das condições das relações de trabalho com a ascensão da terceirização. Nota-se a incapacidade dos governos em responder às expressões da questão social, principalmente no atual contexto de burocracia e escassez de recursos governamentais, com a redução dos gastos públicos (LITTER; LEITE; SILVA. 2020).

O campo da saúde e particularmente o da saúde mental tornou-se o espaço de disputas políticas com conflitos de interesses entre público e privado. Atualmente, caracteriza-se por ser um importante campo de resistência e um espaço de demandas em favor da classe trabalhadora e da população usuária, um interessante espaço socioprofissional para profissionais que demandam os serviços do SUS. (LITTER; LEITE; SILVA. 2020).

De acordo com Netto (2011), as políticas sociais surgem onde a manutenção da ordem burguesa está ameaçada, mediante demandas da classe trabalhadora, por meio de manifestações, greves e outras estratégias de resistência. A política de saúde e a política de saúde mental iniciaram as suas trajetórias em um contexto marcado por manifestações populares que exigia o fim da ditadura militar e da efervescência dos movimentos sociais em defesa de um sistema de saúde de qualidade e direcionado para as necessidades da classe trabalhadora.

No entanto, a precariedade dos serviços de saúde aumentou durante na última década, com a força do projeto neoliberal que visa a privatização e o desmonte do SUS. Essa dinâmica ofensiva, que conquista o apoio do governo por meio de uma proposta de legitimar a privatização dos serviços de saúde, impõe à sociedade a extinção do essencial, historicamente conquistado por meio da luta social pelo SUS, a globalização. Isso implica no desmonte dos direitos e na ofensiva à democracia. A manutenção da saúde como direito público exige a

retomada da luta social pela defesa e de seus princípios democráticos fundamentais, já conquistados na Carta Constitucional de 1988.

Deste modo, “o longo e exitoso percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira deve fornecer orientação para as estratégias de resistência ao desmonte da rede de atenção psicossocial, que está em andamento no período estudado”. (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2019, p 15).

3 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Nesse capítulo intentamos conhecer a trajetória sócio-historica do Serviço Social como profissão e como se dá atuação dos/as assistentes socias na atualidade, no contexto do neoliberalismo.

O Serviço Social tem ínicio no Brasil em meados do século XX, associado à ação da Igreja Católica, pois a profissão surgiu à partir das páticas da Igreja que tinha como objetivo a filantropia e a caridade em resposta as expressões da questão social. Com o incentivo da referida Igreja essas práticas eram realizadas apregoando-se moral e os bons costumes. Desta forma, data-se que surgiu no Brasil em meados de 1936, a primeira Escola de Serviço Social, o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), localizada no estado de São Paulo e vinculado a Igreja Católica. Aguiar (2011, p.31) afirma que com a Ação Católica é perceptível que "a preocupação da Igreja se coloca na perspectiva de uma reforma da sociedade (retorno ao ideal da Idade Média), dada a decadência da moral e dos costumes, produzida pelo liberalismo e comunismo".

A esse respeito, Yazbek (2009, p.5) destaca que:

> É, pois, na relação com a Igreja Católica que o Serviço Social brasileiro vai fundamentar a formulação de seus primeiros objetivos político/sociais orientando-se por posicionamentos de cunho humanista conservador contrários aos ideários liberal e marxista na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja face à 'questão social'. Entre os postulados filosóficos tomistas que marcaram o emergente Serviço Social temos a noção de dignidade da pessoa humana; sua perfectibilidade, sua capacidade de desenvolver potencialidades; a natural sociabilidade do homem, ser social e político; a compreensão da sociedade como união dos homens para realizar o bem comum (como bem de todos) e a necessidade da autoridade para cuidar da justiça geral.

Em 1946 foi fundado em Minas Gerais, a antiga Escola de Serviço Social pelo padre Agnaldo Leal, que teve como apoio três assistentes sociais que haviam se formado na Escola de Serviço Social de São Paulo. Fonte: PUC Minas. História do Serviço Social no Brasil.

As primeiras escolas se caracterizavam como neotomista, pois se estudava noções de dignidade humana, perfeição e o bem comum que era pregado pela Igreja Católica.O primeiro curso de Serviço Social foi ministrado por Mademoiselle Adèle de Loneaux, professora da École Catholique de Service Social de Bruxelas, tendo

por objetivo o “estudo e a difusão da doutrina social da Igreja e a ação social dentro da mesma diretriz” (AGUIAR, 2011, p. 43).

Em meados de 1930 e 1960, a literatura entendida como Serviço Social Tradicional pela literatura, onde os assistentes sociais tinham que ser conservadores, moralistas e manipuladores, além de ter vocação para realização da profissão.

As oito primeiras escolas de Serviço Social no Brasil foram, Escola de Serviço Social de São Paulo – 1936, Escola de Serviço Social do Instituto de Educação Familiar e Social do Rio de Janeiro – 1937, Instituto de Serviço Social de São Paulo – 1940, destinada ao publico masculino, Escola de Serviço Social de Pernambuco, a primeira do Nordeste – 1940, Escola de Serviço Social do Paraná – 1944, Escola de Serviço Social da Bahia – 1945, Escola de Serviço Social de Porto Alegre – 1945, de acordo com Iamamoto – 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão.

Quando o Brasil começa a passar por um período de modernização e industrialização, o que ficou conhecido como período desenvolvimentista, à profissão começa a refletir sobre um Serviço Social moderno que atendesse as necessidades da época. Dessa forma o Serviço Social passa a ter uma forma positivista de cunho cientifico se aproximando do Serviço Social Americano. Segundo Yasbek (2009), o conservadorismo católico que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro começa, especialmente a partir dos anos 1940, a ser tecnificado ao entrar em contato com o Serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho permeados pelo caráter conservador da teoria social positivista.

A profissão foi agregando ao seu estudo o conhecimento conquistado com sua prestação de serviço a comunidade, o que os proporcionou a ampliação e o desenvolvimento das metodologias no estudo do Serviço Social, formando a tríade de acordo com Garcez (2021) a) o Serviço Social de Caso – era voltado para a personalidade do cliente; b) o Serviço Social de Grupo – abordagem voltada para grupos a partir uma perspectiva educacional; c) o Desenvolvimento de Comunidade – macroatuação educativa e articulada junto a comunidades com intuito de desenvolvê-las.Que se deu por volta de 1940 e no começo de 1950 como afirma Aguiar (2011, p.80) “na segunda metade da década de 1940 e no início da de 1950, constatamos a presença da filosofia tomista aliada às técnicas norte-americanas”.

Em torno de 1965 à 1979 passam a acontecer modificações na profissão, taís mudanças deram origem ao que hoje conhecemos como Movimento de Reconceituação do Serviço Social. Movimento esse que teve como objetivo adequar a profissão a sua realidade no Brasil, já que o Serviço Social está baseado em sua teória e sua metodologia operativa a realidade norte-americana a qual divergia totalmente dos problemas encontrados no nosso país.

De acordo com as palavras de Netto (2015), erodida a base do Serviço Social tradicional, a reflexão profissional se desenvolveu em três direções no processo de renovação: Modernização do Conservadorismo, Reatualização do Conservadorismo e Intenção de Ruptura. Onde seus processos se divergiam na matriz filosofica que cada um defendia, pois a Modernização do Conservadorismo tinha como base o positivismo e funcionalismo, a Reatualização tinha como foco a feneomologia e a Intenção de Ruptura estava baseada no Marximo.

A profissão do Serviço Social passa por modificação expressiva com sua ruptura da herança do conservadorismo, que se deu com a realização do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), que ficou conhecido como o “Congresso da Virada”. O evento ocorreu de 23 a 27 de setembro de 1979, em São Paulo. É nesse momento da história que identificamos o início do processo de constituição do projeto ético-político profissional do Serviço Social […] o III CBAS deu uma decisiva contribuição para forjar uma nova cultura profissional que continha e contém uma direção social estratégica (NETTO, 1996)

Em 1980, o Serviço Social passa a compreender que a profissão do assistente social está ligada as relações sociais, vinculadas as necessidades do capitalismo e suas contradições.

Iamamoto (2009, p.5), descreve que:

> O Serviço Social brasileiro contemporâneo apresenta uma feição acadêmico-profissional e social renovada, voltada à defesa do trabalho e dos trabalhadores, do amplo acesso a terra para a produção de meios de vida, ao compromisso com a afirmação da democracia, da liberdade, da igualdade e da justiça social no terreno da história. Nessa direção social, a luta pela afirmação dos direitos de cidadania, que reconheça as efetivas necessidades e interesses dos sujeitos sociais, é hoje fundamental como parte do processo de acumulação de forças em direção a uma forma de desenvolvimento social inclusiva para todos os indivíduos sociais.

Uma profissão se legitima perante a sociedade por meio de um processo de inserção histórica na divisão sociotécnica é o conjunto de sua produção teórica e de suas operações que lhe garantem o reconhecimento e um mandato – o que justifica a existência do Serviço Social como no mundo do trabalho, é a questão social. É a partir deste lugar que o assistente social se legitimou perante o/a empregador/a e os/as usuários/as de seu serviço. (ROBAINA, 2010).

Considerando-se que o objeto de intervenção do Serviço Social é a "questão social", que tem sua gênese na exploração do trabalhador pelo capitalismo, ou seja, na relação trabalho-capital, o profissional assistente social, atua nas diversas expressões da "questão social" nos diversos campos de trabalho em que se insere – assistência social, previdência social, justiça, saúde, movimentos sociais, habitação, dentre outras – cada um com sua particularidade.

Segundo Robaina (2010, p. 345),

> No entanto, verificam-se na área da saúde mental duas matrizes de atuação do assistente social: uma, identificada com a atividade 'clínica', se subordina à homogeneização dos saberes psi e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético-político e deixa uma lacuna histórica no projeto da Reforma Psiquiátrica. Tal adesão parece advir de certa 'crise de identidade' do assistente social numa área em que maciçamente as demais categorias profissionais são formadas para a clínica, além, é claro, dos constrangimentos objetivos e subjetivos da força hegemônica, já citados anteriormente. Assim, o Serviço Social vem privando o campo da saúde mental da riqueza de seu saber próprio, fértil de contribuições para que a Reforma Psiquiátrica alcance o seu projeto ético-político: uma sociedade igualitária, que comporte as diferenças! Não se trata aqui de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos - o que se está colocando em questão é o fato de o assistente social tomar por objeto esta subjetividade!

O Serviço Social vinculado a saúde surge em meio as várias necessidades dentre as quais, a de conhecer a realidade social, dos usuários/as assistidos/as, em conjunto com as equipes médicas. "O Serviço Social Médico, surgiu gradualmente, desenvolvendo-se com a contribuição de diversos serviços, todos eles relacionados com os cuidados dos doentes hospitalizados, ou egressos de hospitais." (BARBOSA, 1950, p.3)

Desta forma, em meados dos de 1905 os/as assistentes sociais começam a desenvolver nos hospitais conversas com os pacientes, com o proposito de coletar dados com objetivo de investigar o histórico familiar e de vida dos/as pacientes analisando suas caracteristicas no que diz respeito aos aspectos sociais

econômicos, físico hereditários, mentais e emocionais e de seus parentes, prática adotada na época pelo Serviço Social americano.

Na decada de 1940 com a influência da Igreja Católica e do Movimento de Higiene Mental, que as atividades dos/as assistentes sociais começam a ser traçadas no campo da saúde mental no Brasil. O Movimento Higienista surge com intuito de buscar melhores atendimentos nos hospitais e asilos psiquiátricos, “ampliando seu enfoque para a prevenção e a higienização mental na sociedade da época” (GUIMARÃES, 2013, p. 3)

Nessa época, os/as assistentes sociais trabalhavam de forma subordinada para os médicos, as tarefas consistiam em ações de levantamentos de dados sociais, sempre em contato com os familiares dos usuários, fazendo uma mediação para tratarem da alta do mesmo, também na confecção de atestados sociais (VASCONCELOS, 2000)

No ano de 1964, com o início da Ditadura Militar a saúde mental passa por modificações, na qual os atendimentos psiquiátricos passam a ser realizados de forma privada, nesse momento a “doença mental” começa a fornecer lucratividade, tornando viável a atuação dos/as assistentes sociais na saúde mental “com as reformas da saúde e previdência promovidas - com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada - ocorreu um aumento do número de hospitais psiquiátricos” (GUIMARÃES, 2013, p. 4).

Com o início da reforma psiquiatrica em 1978, o foco deixa de ser os hospitais e asilos psiquiátricos e acontece a substituição por outros serviços psicossociais no qual a comunidade passa a ter acesso com mais facilidade, por serem abertos e comunitários, atendendo com maior amplitude as necessidades individuais dos usuários com transtorno mental com método mais humanizado. Em 1980, ocorre a segunda fase da Reforma Psiquiátrica onde foi regularizado nas esferas de Governo uma liderança buscando que as instituições objetivasse três direções principais:

> - o gerenciamento e controle geral do sistema, principalmente das internações fáceis e do processo de mercantilização da assistência na rede de hospitais conveniados;
> - a crítica e ‘humanização’ da realidade interna dos asilos e hospitais, com eliminação das formas mais severas de controle dos pacientes e ensaios de programas de reabilitação social, principalmente via oficinas expressivas e atividades laborativas, e alguns processos de desospitalização;

> - a criação de equipes de saúde mental (psiquiátrica, psicólogo e assistente social constituíam a equipe mínima) em ambulatórios e postos de saúde, com regionalização das ações para uma atenção primária e preventiva em saúde mental, dentro do que foi chamado de 'Ações Integrais de Saúde' (AIS), esboço do que constituiu mais tarde o Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS, 2000, p.193).

Com essa transformação, o trabalho do/a assistente social exige uma análise mais crítica, tornando-se necessário observar os/as usuários/as além de suas condições mentais, desmistificando vários paradigmas sociais e culturais da sociedade. A partir desta mudança, era preciso basear esse processo de trabalho na lógica da ação territorial, ação grupal e no trabalho em equipe, atuando então de forma multiprofissional e interdisciplinar, para que o/a usuário/a pudesse ser visto nas suas maiores dimensões, e não apenas em ótica médica, da enfermidade e dos sintomas (VASCONCELOS, 2000).

Em 1988 se consolida a luta dos movimentos sociais, com a Constituição Federal que tinha como objetivos a ampliação da esfera pública de Governo e a democratização, registrando assim, a cumprimento do tripé da Seguridade Social, que segurava o direito às garantias fundamentais, sendo estas, Saúde, Previdência Social, e Assistência Social. Ressalte-se que essas conquistas da ordem dos diretitos sociais foram frutos de intensa mobilização social pela redemocratização do país e pela universalização dos serviços públicos. Nesse sentido, tem-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasíla/DF em 1986, o marco dessa luta. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica impeliu os/as profissionais da equipe de saúde a desenvolverem novas formas de atenção e cuidado, dando origem a um novo modelo de reabilitação psicossosial.

> A construção de um modelo de atenção descentralizado, no qual o manicômio não é o dispositivo central da rede de serviços, demanda cada vez mais a necessidade de profissionais comprometidos com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, potencialmente capazes de contribuir para a materialização da política de saúde mental. Portanto, importa-nos que a reforma da psiquiatria significou a problematização social de saberes até então cristalizados, avançando na direção de reconhecimento da reabilitação social do indivíduo, promovendo uma atenção à saúde integralizada à seguridade social, buscando a efetivação da cidadania do doente mental e instrumentalizar a atenção psicossocial a este segmento (ROCHA, 2012, p.40).

Outra perspectiva atual refere-se a que essa ação preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar que busca contribuir no campo

teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais. Nesse caso particular, a ofensiva neoliberal e a forma como essas forças se apropriaram da reforma psiquiátrica brasileira, materializando-a como política social, colocaram desafios à contribuição do Serviço Social.

> Assim, considera-se que o objeto ou matéria prima do trabalho do Serviço Social se encontra no âmbito da questão social, pois é ela que provoca a necessidade de intervenção desse profissional em suas múltiplas determinações, tal como vivenciadas pelos indivíduos sociais em suas relações cotidianas. Essas expressões da questão social são abordadas por esse profissional por meio de inúmeros recortes, pois assumem características específicas, de acordo com a realidade em que se insere. (PEREIRA, 2015, p. 3)

O trabalho do/a assistente social na saúde mental consiste na viabilização de acesso do/a usuário/a que possui transtornos mentais e a sua família aos direitos sociais, a fim de promover o fortalecimento de vínculos familiares e a reinserção social através de atividades que lhe garantam uma vida com dignidade. Dessa forma, o assistente social atua nos diversos tipos de expressões da questão social, que acometem a vida do/a usuário/a da saúde mental e sua família, e os desafios que lhe são impostos diariamente. (PEREIRA, 2015).

Portanto, se torna primordial a atuação do/a assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)[22], na análise dos casos apresentados pelas instituições psiquiátricas, com o objetivo de executar acompanhamento das dificuldades sociais dos/as usuários/as e propostas para solucionar questões vinculadas à exclusão social.

No espaço dos CAPS, o/a assistente social desenvolve com os/as usuários/as atividades que são realizadas em formatos de oficinas de música, teatro, reciclagem, palestras, dança entre outras, as quais proporcionam autonomia e cidadania à vida desses/as cidadãos/as. Dessa forma:

> [...] Nesse contexto surgiu o centro de atenção psicossocial, o CAPS, que é um local de assistência à saúde mental, e tem como objetivo diminuir a gravidade do sofrimento mental, objetivando a reabilitação psicossocial dos indivíduos, e proporcionar maior grau de socialização dessas pessoas. (FREITAS, 2018, p.02)

[22] A respeito dos CAPs detalharemos as suas características no decorrer do texto.

Os CAPS são divididos em CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSi e CAPSad pelo Ministério da Saúde com a prerrogativa de prestar um melhor atendimento aos seus usuários. Diante dessa divisão os caracterizamos de acordo com (ROCHA, 2021, p. 2).

- O CAPSI faz atendimentos a pacientes com transtornos severos e persistentes, tendo uma média de 9 funcionários, em municípios com 20 a 50 mil habitantes.
- O CAPS II faz atendimento a municípios com maior volume de habitantes se comparado com o CAPSI, tendo o atendimento caracterizado igualmente ao anterior.
- O CAPS III tem uma cobertura maior que os anteriores, o que o caracteriza como maior da rede, sendo capaz de atender municípios com até 200 mil habitantes.
- O CAPSi é um tipo de centro específico para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais.
- O CAPSad é próprio para pessoas que têm dependência com álcool ou drogas.

Os CAPS passam a substituir a institucionalização, com natureza antagônica aos manicômios, com carater reabilitador, eles permitem aos usuários a reisenrção no contexto familiar e social. Porém, vale destacar, a necessidade de manter os leitos de saúde mental nos hospitais, como retaguarda, para os casos que necessitem de estabiliazção.

Em sua atuação nos CAPS, os/as assistentes sociais realizam visita domiciliar, elaboram projetos de inclusão, trabalham diretamente com as famílias dos/as usuários/as, realizando atendimentos individualizados, trabalhos em grupos, dentre outros. Essa interação faz com que esse profissional seja capaz de dar respostas às expressões da questão social vinculadas aos/as usuários/as com transtornos mentais, os/as quais necessitam de atendimento relacionados as questões biológicas e psíquicas. Soares (2006, p. 36) diz em suas palavras que “as atividades realizadas por esse profissional permitem que ele possa detectar questões importantes para o processo de reabilitação, questões estas que podem estar ligadas à família, ao meio social na qual vive ou ao próprio transtorno mental”.

Por isso, é importante que em sua atuação os/as assistentes sociais busquem compreender as complexidades que seus/suas usuários/as manifestam, com o propósito de realizar seu atendimento de uma forma crítica e consciente das necessidades de cada usuário/a. Com vistas a embasar esse pensamento faremos

uso da Constituição Federal de 1988, na qual esses direitos estão preconizados nos arts. 1º, 3º e 5º (BRASIL, 2017, p. 17).

> Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
> I – a soberania; II – a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana;[…]
> Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:
> I – construir uma sociedade livre, justa e solidária; II – garantir o desenvolvimento nacional; III – erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV – promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.[…]
> Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

Assim, no campo da saúde mental, o/a assistente social visa contribuir para uma melhor qualidade de vida de seus usuários/as, Para tanto, reforça-se os objetivos da atuação pprofisisonal:

> [...] o atendimento social à população usuária dessas instituições, que trazem questões que são próprias do assistente social, como por exemplo: relações familiares, a pobreza em que muitos vivem, a exclusão social, entre outras. Dessa forma, o segundo objetivo é referente a inserir esses pacientes novamente na sociedade ou no âmbito familiar, e para que isso seja possível, de acordo com o autor, é fundamental que o profissional esteja preparado para as adversidades que podem surgir, fazendo isso por meio de uma especialização e estudos dos processos psicossociais integrados aos objetivos do serviço social.(BISNETO, 2007, p. 7).

O/A profissional do Serviço Social busca com seu trabalho modificar a realidade vivida por seus/suas usuários/as, na perspectiva desenvolver um pensamento crítico, objetivando dar respostas às demandas apresentadas e de prestar assistencia que possa melhor auxiliar as pessoas que procuram por atendimento. Para isso, o assistente social usa de estratégias e instrumentos como: Entrevista, Visita Domiciliar, Observação, Escuta Sensível, Olhar crítico sensível, Estudo Social e Diagnóstico Social.

Segundo Fraga (2010), o/a assistente social ou outro/a profissional, que deseja uma melhor “desenvoltura” em seus afazeres profissionais, ou seja, em sua metodologia de trabalho técnico-operativo com o/a usuário/a, deve possuir uma análise “crítica”, com um propósito de “colher informações”. Um dos instrumentos

utilizados pelos/as assistentes sociais nas instituições de saúde mental na atualidade é o (re)acolhimento realizado a fim de entender a historicidade de vida do/a usuário/a em sua totalidade.

Dessa forma, o Serviço Social no contexto da saúde mental tem como objetivo contribuir para um bom atendimento aos/as usuários/as e a seus familiares durante o processo de tratamento terapêutico, com vistas a garantir os direitos e o o atendimento das necessidades socioassistenciais com ações que estão articuladas junto as redes de proteção social.

Os/As assistentes sociais trabalham com questões que exigem a defesa do seu campo de atuação, suas qualificações e atribuições profissionais. Por sua vez, as rotinas institucionais demandam que os/as profissionais desenvolvam a capacidade de propor e negociar os seus projetos alinhados com a dimensão ético-política do Serviço Social. Segundo Iamamoto. “Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar, efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano”. (IAMAMOTO, 2009, p. 20).

Contudo, cabe ressaltar que o desafio posto é o de viabilizar os direitos sociais dos/as usuários/as, particularmente no contetxto neoliberal, onde as condições de trabalho precarizadas, com contratos temporários, jornadas extenuantes e salários reduzidos dificultam a efetividade do atendimento. Paz (2015, p. 8) ao discutir sobre a política de assistência social, fornece indícios de como se encontram a operacionalização das demais políticas sociais:

> A precarização do trabalho dos profissionais da Política de Assistência Social não se restringe aos vínculos empregatícios, vários fatores contribuem para a precarização das condições de trabalho, como baixos salários, falta de condições materiais e instalações físicas adequadas para a prestação de serviços aos usuários, alta rotatividade dos profissionais, recursos humanos insuficientes e pouco qualificados, ausência da realização de capacitação continuada, insegurança no ambiente de atuação, exigência de produtividade, além do processo de informatização do trabalho, que apesar de tornar as tarefas menos árduas, intensificam o seu desenvolvimento e aumenta a produtividade, tornando-as cada vez mais mecânicas e burocráticas, através de um intenso processo de preenchimento de formulários.

Na atualidade, a partir do golpe parlamentar de 2016[23], o governo federal investiu em medidas temporárias de maior flexibilidade prejudiciais à classe trabalhadora na tentativa de se manter no poder. Porém, naquele momento, a ofensiva da direita brasileira já era forte o suficiente para não se contentar com a conciliação de classes e visava, portanto, a recuperação e a manutenção da ordem burguesa. Assim, dá-se início a a um processo de retrocessos na saúde mental no território nacional, de acordo com Delgado (2019) é a primeira vez em cerca de 35 anos, que retrocedemos visivelmente no campo da saúde mental.

Conforme Litter, Leite e Silva (2020, p. 7) a partir de 2016:

> [...] o avanço do neoliberalismo e do desmonte das políticas públicas é agravada sobremaneira pela conhecida 'PEC do teto de gastos' aprovada enquanto Emenda Constitucional 95 – EC nº 95/2016. A mesma congela os investimentos em políticas públicas, inclusive a política de saúde, por 20 anos. O governo ilegítimo aponta a destruição do Estado em seis atos principais: o novo regime fiscal, o fim das vinculações de recursos para a área social, a reforma da Previdência Social, a reforma tributária e o retrocesso nos direitos trabalhistas. É como se a partir de 2016, estivéssemos regressados décadas ao passado, com perdas significativas em nível legislativo que tristemente será tortuoso recuperar. O mesmo autor, avalia que com o novo regime fiscal, a receita da política pública de saúde irá cair de 15% para 9,3%, entre as outras áreas que também serão prejudicadas. Acarretando um acentuado desfinanciamento da seguridade social.

Com isso, entendemos que a atenção e o cuidado psicossocial encontram-se em uma dualidade crítica para os/as trabalhadores/as mentais: por um lado, não têm garantias de estabilidade de seus empregos e por outro lado se posicionam na solicitação da implantação de política de qualidade ao/a usuário/a em saúde mental, centrada no cuidado territorializado, com articulação entre saúde mental, rede de atenção e rede intersetorial.

Conforme Delgado (2019), o neoliberalismo autoritário engendrado a partir de 2016, tem por proposta dentre outras, o aumento da concentração de renda, a privatização, a incitação ao ódio, e alerta: "O que de fato está por trás das novas propostas no campo da Saúde Mental é a visão mercadológica da saúde" (DELGADO, 2019, 03).

[23] A direita brasileira saiu às ruas em uma ofensiva verde-amarela extremamente conservadora aliada com o poder dos grandes capitalistas, da justiça e da mídia. O Congresso votou e o golpe foi desencadeado. Este só é possível analisar em sua totalidade, incluindo as estruturas do capitalismo tardio e a formação sócio-histórica que envolve este país. (LITTER; LEITE; SILVA, 2020).

Desse modo, o/a profissional de Serviço Social que encontra-se inserido/a no mercado de trabalho enfrenta a precarização em seus vários níveis: vínculos empregatícios temporários, ausência de materiais necessários para a realização de seu atendimento, com salas inadequadas para prestação de seu serviço, o que afeta os direitos dos/as usuários/as que geralmente são pessoas ou grupos sociais de baixa renda. Cabe ressaltar que essas condições ferem o Código de Ética Profissional dos/as Assistentes Sociais (1993),

Diante das questões apresentadas, acresente-se o desfinanciamento em políticas públicas, o que tende a precarizar ainada mais o trabalho dos/as assistentes sociais, com posssibilidades de abrir caminhos para o clientelismo, o que nos remete aos primórdios da profissão, na qual a assistência social era vista como filantropia.

Robaína (2010), ao refletir sobre a sua atuação profissional nos Caps, destaca a necessidade de manter de forma permanente uma análise crítica sobre a articulação entre a política de saúde mental, o projeto da Reforma Sanitária e os princípios propostos pelo SUS. Alerta ainda que a distiribuição desigual dos serviços substitutivos não permitem a extinção dos hospitais psiquiátricos, o que aliado aos desmontes que estão ocorrendo na atual conjuntura brasileira no campo da saúde mental, vivencia-se um retrocesso devido aos interesses mercantis, pois sem infraestrutura nos locais de trabalho os/as assistentes sociais prestam atendimento em locais sucateados e precários impactando assim os serviços destinados a população com transtorno mental.

Silva e Gomes (2019), no artigo entitulado Contrarreforma Psiquiatrica e o trabalho dos assistentes sociais no Centros de Atenção Psicossocial Belém-PA, faz uma análise das repercurssões da contarreforma psiquiatrica no Brasil e os impactos no trabalho do assistente social. A análise foi realizada a partir de pesquisas com profissionais do Serviço Social que compoem equipe multidisciplicar nos serviços substitutivos de saúde mental, mais especificamente no CAPS. Embora os dados sejam dos CAPS de Belém-PA, as consequências e sequelas da contarreforma observadas em Belém, refletem o cenário da saúde mental em todo o Brasil.

Nessa direção, segundo os relatos de assistentes sociais que trabalham no CAPS de Belém do Para (SILVA; GOMES 2019, p.22)

> Essas medidas vêm na contramão da Reforma Psiquiátrica; ela vem contra um movimento de muitos anos, de 30 anos da Reforma Psiquiátrica. Com

> essa nota é como se, colocasse de novo o modelo manicomial que é o hospital psiquiátrico, tanto que o hospital foi inserido na RAPS (AS6).
>
> Em 2016, eu estive por 5 dias numa ocupação no Ministério, pelo movimento da luta antimanicomial e que a gente reivindicava a saída de um psiquiatra que coordenou um Hospital Psiquiátrico no Rio [...] a gente criou um movimento Nacional [...] ocupou o prédio do Ministério da Saúde por 70 dias. Eu estive lá representando a militância aqui, no Pará e fiquei 5 dias dentro do Ministério da Saúde ocupando espaço, também. Então, isso é uma prova de defesa e a gente conseguiu retirar o [...] mas, só que o projeto, ainda, continua em ameaça mesmo no governo de Esquerda do PT; [...] mas, a gente tem, ainda, ameaça em curso; ameaça vem com isso que tá sendo chamado de nova política de saúde mental que foi uma proposta imposta por um coletivo que não considera a lógica de pactuação, hoje, existente no SUS. Foi o ministro e o coordenador nacional de saúde mental articulados com a Associação Brasileira de Psiquiatria e algumas outras associações que definiram, aprovaram de forma arbitrária isso que estão chamando de nova política e essa nova política ela vem ao encontro da lógica manicomial, tanto como a instituição de novos serviços como com o financiamento de hospitais psiquiátricos, de leitos de internação, e também das Comunidades terapêuticas (AS1).
>
> [...] Pelo que eu tenho conhecimento, por alto, eles vão dar ênfase nas comunidades terapêuticas nessas situações que não é tão legal, assim, porque eu, também, conheço a realidade de comunidades terapêuticas e falta muito, ainda... Se nos CAPS existe uma dificuldade muito grande, então, nesses locais piorou (AS2).
>
> Eu vejo, ainda, as pessoas lutando pra manter os princípios da Reforma, mas, eu morro de medo da gente perder essa briga [...] é pra segregar as pessoas com problemas psiquiátricos, não só das comunidades terapêuticas, mas, também, dos hospitais; separar quem tem problema e quem não tem, gente boa aqui e outros lá (AS5).

Diante dessa situação os profissionais se encontram sobrecarregados com a demanda de atendimentos que só tende a crescer, não possuem um local apropriado para os atendimentos que assegurem a privacidade de seus/as usuários/as. Como relata alguns profissionais de Belem do Pará (SILVA; GOMES 2019, p. 24)

> Serviço Social; a questão eu acho que a gente não tem um carro disponível aqui, porque existe muita intervenção que a gente tem que sair na casa da pessoa, tem que ir, sim, em outro espaço da rede, no Ministério Público, numa Unidade de Saúde fazer uma intervenção, na igreja. Enfim, existe essa dificuldade de ter esse carro aqui que às vezes tem, às vezes não. (AS3)
>
> Acho que são as questões físicas da Unidade, a privacidade pra atender, tá sendo difícil, a pessoa quer ser ouvida e não tem as condições do CAPS está uma das piores. Outra dificuldade é a demanda que cresceu demais e a gente não tem tempo de trocar com os outros colegas, coisas necessárias e importantes; é uma equipe multiprofissional, tentou-se fazer estudo de caso, mas, não tem dado tempo, é aquela história de só atende, atende,

> atende.... A geografia é complicada, as condições são complicadas, a gente se vira né? Na minha opinião, está ruim. (AS4)
>
> A estrutura física desse CAPS, não é uma estrutura adequada pra gente funcionar, é apertado, uma casa velha, não tem iluminação boa, é quente, tem esses fatores físicos mesmo. (AS6)
>
> [...] A desqualificação de gestores, o espaço não é apropriado para atendimento, principalmente, atendimentos individuais e coletivos como os grupos terapêuticos e o atendimento individualizado; a guarda de materiais específicos de atendimento do Serviço Social. Nós não temos uma guarda específica para o prontuário dele, são todos guardados de forma comum. (AS7)

Como visto, os relatos demonsmostram as dificuldades referentes às condições éticas e técnicas do trabalho profissional do assistente social, previstas na Resolução nº 493/2006 do CFESS. Assim, os/as assistentes sociais têm muitos desafios para superar, como assinala Iamamoto (2009), esses/as profissionais possuem uma autonomia relativa, o clientelismo, a precariedade no local de trabalho também contribui para a superação desses desafios. Porém, diante de todas essas dificuldades, os/as assistentes sociais procuram desenvolver seu trabalho de forma a exercer sua profissão com ética visando o atendimento aos/as usuários/as da melhor maneira possível.

Ficando assim evidente a falta de compromisso para com a regulamentação da profissão, já que o foco se encontra nas contratações temporárias e nos baixos salários os quais os assistentes sociais vêm recebendo. Podemos citar também a sobrecarga de atendimento desses profissionais devido à falta de contratações, buscando assim reduzir gastos com a folha de pagamento.

No decorrer da pesquisa fica evidente através dos depoimentos dos assistentes sociais do Pará, que a diminuição dos repasses de verbas para os programas de assistências para a saúde mental vem causando o sucateamento dos locais de atendimento e a sobrecarga de trabalho dos profissionais.

Também não podemos deixar de mencionar a importância do trabalho desses profissionais, que em conjunto com as equipes multiprofissionais conseguem mesmo com falta de estrutura propor e desenvolver atividades que fazem com que os usuários sintam que fazem parte da sociedade. O que ficou evidente nos depoimentos dos usuários que participaram das apresentações no evento organizado pelo PET Serviço Social na UFS – evento que motivou a escolha do tema da pesquisa. Demonstrando assim a importância da atuação desses

profissionais no campo da saúde mental, que agregam em seu currículo experiências riquíssimas de grande importância para o seu desenvolvimento durante a realização de suas atividades e crescimento como pessoa.

Dessa forma no decorrer do desenvolvimento da escrita e pesquisa fizemos um apanhado sobre a história do atendimento dos assistentes sociais no campo da saúde mental e buscamos demonstrar todo o seu processo de evolução com as conquistas adquiridas com as conferências. Mostrando sua evolução e o desmonte que vem acontecendo desde 2016, no governo de Michel Temer com as aprovações da constituição de 95.

Aprovações essas já mencionadas no decorrer do trabalho, que vem só desrespeitar todos os estudos e equipes que participaram das conferencias para a formação da lei 10.216/ 2001.

Ademais, os/as assistentes sociais seguem com o desafio de atuar na num contexto contraditório, ao tentar atender ao/a usuário/a com uma pespectiva de totalidade, no qual os encaminhamentos de fato sejam resolutivos, num contexto de violação de direitos com avanço das investidas neoliberais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve por objetivo geral conhecer a atuação do assistente social na saúde mental, no contexto de desmonte das políticas públicas. Para tanto, inicialmente procuramos fazer no primeiro capítulo um apanhado sobre os aspectos historico da saúde mental, no segundo capítulo, abordamos sobre a contrarreforma do Estado que impactaram de forma negativa nas politicas sociais e no terceiro capítulo procuramos mostrar os desafios na atuação dos/as assistentes sociais que vivenciam diariamente o avanço do processo de precarização das condições de trabalho, devido aos cortes nos repasses de verbas para a saúde.

Considera-se que a área de atenção psicossocial no Brasil está vivendo uma fase sem precedentes na história da reforma psiquiátrica. Por mais de trinta anos, o modelo de atenção à saúde mental baseado na liberdade e respeito para as pessoas com transtornos mentais, evoluiu lentamente, sem interrupção. A rede de serviços locais, o orçamento do serviço e sua proporção no custo dos hospitais aumentaram durante cada um desses anos. No entanto, desde 2016, porém, pela primeira vez, assistimos a um processo acelerado de desmonte dos avanços da reforma psiquiátrica.

Foi possível observar a importante contribuição dos Movimentos dos Trabalhadores de Saúde Mental na conquista da Reforma Psiquiátrica. A precarização de trabalho, a flexibilização dos vinculos trabalhistas, em especial dos/as assistentes sociais, dificultam a organização e o fortalecimento das classe trabalhadora da saúde, resultando no enfranquecimento dos movimentos de luta pela garantia dos direitos dos usúarios/as, fundamentalmente com a ofensiva das medidas neoliberais no campo econômico e social.

É Imprescindível reafirmar as posições e estratégias de resistência da classe para manter seus direitos, a demanda por serviços psicossociais de qualidade aos usuários/as e adefesa intransigente pela luta antimanicomial, o que se alinha com o projeto ético-polítco do Serviço Social. É perceptível que no campo do apoio psicossocial, a trincheira da resistência são os serviços territoriais, uma vez que conseguem articular os trabalhadores envolvidos nos serviços, aliados aos estudantes, usuários/as e familiares na demanda pela democracia e no combate ao enfraquecimento SUS e, portanto, RAPS.

Defender um SUS universal torna-se um desafio cotidiano no contexto de contrarreforma de Estado, ressalta-se que a demanda de acompanhamento tende a aumentar consideravelmente com o período pós-pandemia.

Assim, os resultados da investigação apresentados neste trabalho permite-nos afirmar que há uma tendência de estagnação no ritmo de implantação dos serviços locais, e que o desmonte da política de saúde mental ocasiona transtornos e retrocesso para o/a assistente social em suas atividades. Pois, as investidas contra o funcionamento do SUS é diária, com o agravante de não mais um subfinanciamento, mas um desfinanciamento, daí a gravidade do desmonte da política pública de saúde mental.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Lauren Janine. **Por uma sociedade sem manicômios**: (im) possibilidades da Reforma Psiquiátrica no capitalismo brasileiro. 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em:< http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/9099/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Laurem%20Janine%20Pereira%20de%20Aguiar.pdf>. Acesso em: 25 de out. 2022.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. **"De volta à cidade, sr. cidadão!" — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial.** Rio de Janeiro 52(6):1090-1107, nov. - dez. 2018. Disponível eem:< https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 de out. De 2022.

AMARANTE, Paulo et al. **Derechos humanos y salud mental en Brasil: una historia de lucha y militancia por la justicia social y el derecho a la vida: "la salud no se vende, la locura no se encierra".** Átopos: Salud Mental, Comunidad y Cultura, Madrid, n. 2, p. 1-16, 2016.

ANDRADE, Daniel Pereira. **O que é o neoliberalismo? A renovação do debate nas ciências sociais.** Revista Sociedade e Estado – Volume 34, Número 1, Janeiro/Abril 2019. Disponível e:< https://www.scielo.br/j/se/a/RyfDLystcfKXNSPTLpsCnZp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 de out. 2022.

ASSIS, D. A. D.; SILVA, A. A.; TORRES, T. **Políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e de criança e adolescente no Legislativo.** SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 112, P. 255-272, JAN-MAR 2017. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zzHFMY7jtFKpFJTcKqPMPNd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 de out. De 2022.

ASSIS, D. A. D.; SILVA, A. A. **O impacto do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas na aplicação de medida de segurança, à luz da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.** In: MIGUEL, V. V. R; KALHED JR, S. H. Direitos fundamentais na era dos extremos: a exceção como regra. Florianópolis: Empório do Direito, 2016. p. 155-181.

AZEVEDO, Gezaine. **O Triste Museu da Loucura, Barbacena.** Mineiros na Estrada. Minas Grais, 28 agosto. 2018. Disponívem em: http://www.mineirosnaestrada.com.br/museu-da-loucura-barbacena/. Acesso em: 13 de agosto. DE 2022

BARBOSA, Maria. **Atividade do Serviço Socialno Hospital Sanatório de Aracaju.** 1950. TCC (bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 1950.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI. **Política social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2016.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, SecretariaExecutiva, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 170 p. : il. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 16 de out. De 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p. : il. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 16 de out. De 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. — Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental –Caderno Informativo, Série D, n.15. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental –Relatório final. Brasília, 2002.

BOAS, T.; GANS-MORSE, J. Neoliberalism: from new liberal philosophy to anti-liberal slogan. Studies in Comparative International Development, v. 44, n. 2, p. 137-161, 2009.

BRASIL. lei n. 10. 216, de 06 de abr. de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais**.Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 18 maio 2022. Acesso em maio/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde**, 2019. Disponível em: https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf. Acesso em junho/2022.

BRASIL. Sistema único de Saúde. Conselho Nacional de saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, Brasília, DF, 2010, 210 p. Disponível em:< https://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 de out. De 2022.

BRITTO, Renata Corrêa. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental.** / Renata Corrêa Britto. Rio de Janeiro : s.n., 2004.

CALDAS, M; D.; SILVA, S. Q.; SOARES, A. S. **As nuances no trabalho do/a Assistente social na atenção básica em saúde, em tempos de desmontes dos direitos sociais.** CBAS, Brasília- DF, 2019. Disponível em:< https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/194/189>. Acesso em: 16 de out. De 2022.

CAREZATO, Mário Costa. A **Convivência da Psiquiatria coma Psicoterapia. Disponível** em: http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicodrama/psiquiatria_psicoterapia.htm#:~:text=Lidamos%20portanto%20com%20duas%20formas,n%C3%A3o%20se%20possa%20prov%C3%A1%2Dla.

COUTO, Maria Cristina V.; DELGADO, Pedro Gabriel G. **Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais.** Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015. Disponível em: <http://www.psi.puc-rio.br/site/images/psi_puc/publicacoes/Psicologia_Clinica_27-1.pdf>. Acesso em: mai. 2022.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (3.: 200 I Brasília). **III Conferencia Nacional de Saúde Mental**: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001. 68 p.: il – (Série D. Reuniões e Conferências; n. 15).

CONTE, M.; MAYER, R. T. R.; REVERBEL, C.; SBRUZZI, C.; MENEZES, C. B.; ALVES, G. T.; QUEIROZ, R.; BRAGA, P. **Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica.** Boletim da Saúde | Porto Alegre | Volume 18 | Número 1 | Jan./Jun. 2004. Disponível em:< http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_513_reducao_danos_ab.pdf>. Acesso em 15 de out. De 2022.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. **Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

DELGADO, Pedro G. G. **As mudanças na política de saúde mental.** Entrevista do mês de jul. 2019.

DELGADO, Pedro G. G. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2.

DOUDEMENT, M.; CONCEIÇÃO, V. N. M. **Frente parlamentar em defesa das comunidades terapêuticas.** IPEA, 2018. Disponível em:< https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9463/1/Frente%20parlamentar.pdf>. Acesso em: 16 de out. De 2022.

ESCOREL, Sarah. **História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: Giovanella, Ligia et al. (Ed.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes. p.385-434. 2008.

Freitas,Bismarck Liandro.**A EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: REINSERÇÃOSOCIAL.**https://semanaacademica.org.br/artigo/evolucao-da-saude-mental-no-brasil-reinsercao-social.

FLEURY, Sonia. **Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33, p.156-164. 2009.

GARCEZ,THIAGO. **A História do Serviço Social no Brasil.** 19 de setembro 2021.Disponível em:https:// https://portaldoss.com.br/historia-do-servico-social-no-brasil/

GIL, Antônio Cralos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4° ed. São Paulo: Atlas, 2002

GOMES, Suelen. **Reforma Antimanicomial no Brasil: do horror aos dias de hoje.** In, FioTec. Brasília, 21 de fev. 2018. Disponível em: https://www.fiotec.fiocruz.br/noticias/projetos/4880-reforma-antimanicomial-no-brasil-do-horror-aos-dias-de-hoje

GORTAZÁR, Naiara Galarraga. **Barbacena, a cidade-manicômio que sobreviveu à morte atroz de 60.000 brasileiros.** Barbacena, 5 de setembro, 2021. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2021-09-05/barbacena-a-cidade-manicomio-que-sobreviveu-a-morte-atroz-de-60000-brasileiros.html

GUEDES, Phelipe. **Usuários de drogas deixam a Cracolândia e se espalham pelo centro de São Paulo.** Portal G1. 2022: 21 março. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/03/21/usuarios-de-drogas-deixam-a-cracolandia-e-se-espalham-pelo-centro-de-sp.ghtml

GULJOR, Ana P. et al. Nota de avaliação crítica da nota técnica 11/2019.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. **III Conferência Nacional De Saúde Mental:Efetivar A Reforma Psiquiátrica.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.13, n.1, p.i-ii, jan./abr. 2002. Disponível em:< https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13887/15705> Acesso em: 15 de out. de 2022.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

LITTER, A. S.; LEITE, V. T.; SILVA, A. M. P. **Desmontes da política nacional de saúde mental e a fragilização das condições e relações de trabalho.** – 2020.

Anais do V SERPINF e III SENPINF ISBN 978-65-5623-100-6 https://editora.pucrs.br/.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. -14ª ed. – São Paulo: Hicitec, 2014. p.107-137.

MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28° ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOREIRA, Maria Magna da Silva. **Manifestações do Movimento Higienista em Caetanopólis (MG) no início do século XX.** Disponível em: http://www.encontro2014.mg.anpuh.org/resources/anais/34/1402625816_ARQUIVO_ManifestacoesdoMovimentoHigienistaemCaetanopolis_1_.pdf Acesso em 29/07/2022

NAVES, José Augusto Pena. **O Holocausto Brasileiro e a Verdade.** *In,* Portal da Prefeitura Municipal de Barbacena. Disponível em: https://barbacena.mg.gov.br/m/noticia.php?id=5503.

NETTO, José Paulo. **Cinco notas a propósito da questão social**. In. Capitalismo Monopolista e Serviço Social, 8º edição, São Paulo. Cortez Editora, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas.** Estado, sociedade e formação profissional em saúde.UFBA. - 2010, 32 p. Disponível em:< https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6234/1/Paim%20JS.%20Cap%20Livro%201.2008.pdf>. Acesso em: 10 de out. De 2022.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 de out. De 2022.

PENTEADO, Regina Z; SHON CHUN, Regina Yu; SILVA, Reginalice C. **Do higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal.** Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 17 (1): 9-17 abril de 2005.

PEREIRA, Sofia Laureto Barbosa. **Serviço Social, Questão Social e Saúde Mental: uma análise sobre as expressões da questão social presentes no CAPSs II de Teresina – PI.** Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/servico-social-questao-social-e-saude-mental-uma-analise-sobre-as-expressoes-da-questao-social-presentes-nos-capss-ii-de-teresina-%E2%80%93-pi.pdf. Acesso em: maio 2022.

RAICHELIS, Raquel. **Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 104, p. 750-772, out./dez. 2010. Disponível em:<

https://www.scielo.br/j/sssoc/a/cSK3XgKgNLzD8NJPYJbvH5R/?format=pdf&lang=pt >. Acesso em: 16 de out. De 2022.

ROBAINA, C. M. V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

ROCHA, Antonia Adriana de Lima. **O assistente social na saúde mental: espaços de atuação.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 06, Ed. 03, Vol. 15, pp. 34-51. Março de 2021.

SILVA, C. G. M. **A contrarreforma do estado e o "desmonte" dos direitos sociais: desafios e possibilidades postos a intervenção do serviço social.** v. 16 n. 1 (2018). Disponível em:< https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22154>. Acesso em: 16 de out. De 2022.

SILVA, Rosiane Silva; GOMES, Vera Lúcia Batista. **Contrarreforma Psiquiátrica e o trabalho dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial Belém – PA.** *Serviço Social & Saúde* v.18.

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B. **O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2019; 17(1):e0017201. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/tes/a/ZXdDcTXSsJjtXbph5SZHwcr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 de out. De 2022.

VALENTE, Pablo. Franco **Basaglia, a figura símbolo da Reforma Psiquiatríca no Brasi**l. *In.***Cenat.** Disponível em: https://blog.cenatcursos.com.br/franco-basaglia/

VENUGOPAL, R. **Neoliberalism as concept**. Economy and Society, v. 44, n. 2, p. 165- 187, 2015.

20 anos da Reforma Psiquiatríca no Brasil: 18/05 Dia NACONAL DA Luta Antimanicomial. *In,* Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/